

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



Diplomová práce

Andrea Šmejkalová

Koučování jako podpůrná metoda při odvykání kouření

Coaching as a support method in the process of quitting smoking

Praha 2012

Vedoucí práce: PhDr. Markéta Niederlová, Ph.D.

Ráda bych velmi poděkovala především PhDr. Markétě Niederlové, Ph.D. za příkladně odborné a inspirativní vedení této práce, cenné podněty a rady, oporu, vstřícnost a lidský přístup. Velký dík patří i dalším vyučujícím, lékařům z Centra pro léčbu závislosti na tabáku a všem ostatním odborníkům, s nimiž jsem měla možnost svou práci konzultovat. Děkuji také doc. MUDr. Mgr. Radvanu Bahbouhovi, Ph.D. a Mgr. Martinu Konečnému za to, že mi otevřeli dveře do světa koučinku. Děkuji všem účastníkům své studie za jejich čas, otevřenost a snahu. Upřímně děkuji také svým rodičům, partnerovi a přátelům za laskavou, neutuchající a všestrannou podporu a trpělivost nejen při psaní této práce, ale po dobu celého mého studia.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 27.7.2012

.....

Andrea Šmejkalová

Abstrakt:

Předkládaná diplomová práce se věnuje možnosti využití psychologického koučování jako podpůrné metody při odvykání kouření. Teoretická část práce poskytuje přehled klíčových informací k tématům koučování a kouření s důrazem především na souvislosti, které se uplatnily v kvalitativním výzkumném projektu, jehož popis tvoří náplň části empirické. Na základě předem jasně stanoveného vlastního designu, který kromě fáze diagnostické a evaluační zahrnoval zejména ústřední fázi tříměsíčního koučinku devíti kuřáků v různých etapách procesu odvykání, autorka usilovala o zmapování možných přínosů, výhod a dalších aspektů využití koučinku jako inovativní metody, mezi alternativami intervencí nabízených při odvykání kouření doposud nepříliš frekventované.

Klíčová slova:

koučink, koučování, kouření, závislost na tabáku, odvykání kouření

Abstract:

This thesis deals with the possibility of using psychological coaching as a support method for smoking cessation. The theoretical section provides an overview of key information on the topics of coaching and smoking, with an emphasis primarily on the aspects applied in the qualitative research project, the description of which constitutes the content of the empirical section. On the basis of the author's preconceived original design which, in addition to the diagnostic and evaluation phases, comprised the essential stage of the three-month long coaching of nine smokers in different stages of the cessation process, the author sought to map the potential benefits, advantages and other aspects of the use of coaching as an innovative method, thusfar not commonly included among the established alternatives offered as smoking cessation intervention techniques.

Keywords:

coaching, smoking, tobacco dependence, smoking cessation, quitting smoking

OBSAH

SEZNAM FREKVENTOVANÝCH ZKRATEK

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 KOUČINK	15
1.1 Z HISTORIE KOUČOVÁNÍ	16
1.2 KDO JE A KDO NENÍ KOUČ	18
1.3 CO JE A CO NENÍ KOUČOVÁNÍ.....	22
1.4 PSYCHOLOGICKÉ KOUČOVÁNÍ	23
1.5 VYBRANÉ ASPEKTY KOUČOVACÍHO PROCESU	24
1.5.1 MODEL (THE) GROW	24
1.5.2 CÍL	25
1.5.3 SMARTER	26
1.5.4 ZVYŠOVÁNÍ UVĚDOMĚNÍ.....	26
1.5.5 KOUČINKOVÝ KONTRAKT.....	28
1.6 DALŠÍ PŘÍSTUPY	29
a) Mentoring.....	29
b) Poradenství.....	29
c) Psychoterapie	30
1.7 PŘÍNOSY KOUČOVÁNÍ	31
1.8 EFEKTIVITA KOUČOVÁNÍ	32
1.9 KOUČOVÁNÍ TÉMATU ZÁVISLOSTÍ.....	34
2 KOUŘENÍ.....	35
2.1 VÝSKYT	37
2.1.1 ETYMOLOGIE ZÁVISLOSTI.....	38
2.2 DIAGNÓZA F17.2	43
2.3 PRINCIP FYZICKÉ ZÁVISLOSTI.....	45
2.3.1 MECHANISMUS ÚČINKU	47
2.3.2 INTOXIKACE	48
2.3.3 ABSTINENČNÍ PŘÍZNAKY	49
2.3.4 DIAGNOSTIKA ZÁVISLOSTI NA TABÁKU	51

2.4	PSYCHOSOCIÁLNÍ - BEHAVIORÁLNÍ ZÁVISLOST	54
2.4.1	MOTIVACE PŘESTAT.....	55
2.5	MOŽNOSTI INTERVENCE	57
2.5.1	FARMAKOLOGICKÁ INTERVENCE	57
a)	léky k dostání bez lékařského předpisu:	57
b)	léky vázané na lékařský předpis:	58
c)	elektronická cigareta	61
d)	paipo.....	61
2.5.2	NEFARMAKOLOGICKÁ INTERVENCE.....	62
a)	kognitivně behaviorální terapie (KBT)	63
b)	metoda 5R	64
c)	the 5A's.....	64
d)	hypnóza	65
e)	motivační rozhovory	65
f)	Centra pro léčbu závislosti na tabáku.....	66
2.5.3	ALTERNATIVNÍ ZPŮSOBY LÉČBY.....	67
	EMPIRICKÁ ČÁST	69
3	PŘEDMĚT A CÍL.....	70
4	FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK	71
5	DESIGN VÝZKUMU	72
5.1	PLÁN STUDIE	72
5.2	PRŮBĚH KOUČINKOVÝCH SEZENÍ.....	73
5.3	KONCEPCE VÝZKUMU	74
5.3.1	Akční výzkum.....	74
5.3.2	Případová studie	75
5.3.3	Kvalitativní evaluace	76
5.3.4	Shrnutí.....	76
5.4	POUŽITÉ METODY SBĚRU DAT	77
5.4.1	Diagnostická fáze.....	77
5.4.2	Koučinková fáze	80
5.4.3	Evaluační fáze.....	81
5.5	METODY ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZY DAT	82
6.	VÝZKUMNÝ VZOREK.....	84
6.1	VÝBĚR VÝZKUMNÉHO VZORKU	84
6.2	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU	85
7.	INTERPRETACE DAT.....	89

7.1	OČEKÁVÁNÍ OD KOUČINKOVÉHO PROGRAMU	89
7.2	CO JE KOUČINK?	91
7.3	PŘÍNOSY KOUČINKU PŘI ODVYKÁNÍ KOUŘENÍ	92
7.4	DALŠÍ ZMĚNY V ŽIVOTĚ PROBANDŮ	94
7.5	CÍLE KLIENTŮ A JEJICH VÝZNAM	95
7.6	DALŠÍ PODPŮRNÉ PROSTŘEDKY	97
7.7	FINANČNÍ ASPEKTY PROGRAMU	98
7.8	INSPIRACE OSOBOU KOUČE	101
7.9	SPOKOJENOST S PROGRAMEM	103
7.10	SPOKOJENOST S OSOBOU KOUČE	105
7.11	ZMĚNY DOTAZNÍKOVÝCH SKÓRŮ	107
8.	SOUHRN VÝSLEDKŮ	111
9.	DISKUSE	113
9.1	POHLED ZE VNITŘ	113
9.2	SOUVISLOSTI	115
9.3	SUBJEKTIVITA	116
9.4	VÝBĚR VÝZKUMNÉHO VZORKU A OTÁZKA FINANČÍ	117
9.5	ETICKÉ ASPEKTY	119
9.6	VALIDITA A LIMITY STUDIE	122
9.7	APLIKACE POZNATKŮ V PRAXI	124
	ZÁVĚR	125
	ZDROJE	127
	PŘÍLOHY	137
	HISTORIE KUŘÁCTVÍ	138
	INFORMOVANÝ SOUHLAS KLIENTA U VÝZKUMNÉHO PROJEKTU	142
	SOUHLAS ETICKÉ KOMISE VFN	143
	FAGERSTRÖMŮV TEST NIKOTINOVÉ ZÁVISLOSTI	144
	WISDM-68 THE WISCONSIN INVENTORY OF SMOKING DEPENDENCE MOTIVES	145
	WISCONSINSKÝ INVENTÁŘ MOTIVŮ K ZÁVISLOSTI NA KOUŘENÍ	147
	KUŘÁCKÝ ASSESSMENT	149
	DOTAZNÍK ZPĚTNÉ VAZBY K PROGRAMU	154
	INFORMAČNÍ LETÁK	156

Seznam frekventovaných zkratk:

- **BDI** - Beck Depression Inventory (Beckův inventář deprese)
- **CLZT** – Centrum pro léčbu závislosti na tabáku
- **ČAKO** – Česká asociace koučů
- **EMCC** – European Mentoring & Coaching Council (Evropská rada pro mentoring a koučink)
- **FTND** – Fagerström Test for Nicotine Dependence (Fagerströmův test nikotinové závislosti)
- **ICF** – International Coach Federation (Mezinárodní federace koučů)
- **KBT** – kognitivně behaviorální terapie
- **SMARTER** – metodika tvorby cíle v koučinku, viz kap. 1.5.3
- **THE GROW** – model využívaný v koučinku, viz kap. 1.5.1
- **WHO** – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
- **WISDM-68** – The Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (Wisconsinský inventář motivů k závislosti na kouření)

ÚVOD

„It's easy to quit smoking. I've done it hundreds of times.”

(Mark Twain)

„Přestat kouřit je snadné, samotnému se mi to již aspoň stokrát podařilo.”

Vznik této diplomové práce podnítil klient, který mě na jaře loňského roku vyhledal s cílem přestat kouřit s podporou kouče. Nejprve mě to trochu zaskočilo – s takovým zadáním jsem doposud nepracovala a navíc jsem si vybavila výrok staršího kolegy kouče – náruživého kuřáka, který při setkání na konferenci tvrdil, že koučink jakéhokoliv druhu závislostí je předem odsouzen k neúspěchu, protože vyžadují léčbu a i její úspěšnost je malá, čímž preventivně shodil ze stolu i otázku koučinku odvykání kouření. Zřejmě to byl pro něj pohodlný, byť trochu pokrytecký, postoj k vlastnímu kuřáctví, s nímž neměl v úmyslu přestávat, avšak tuto myšlenku mohl použít na svou případnou obranu v situaci, kdy by zlozvyk mohl ohrozit jeho image profesionála.

Zmíněný potenciální klient mě však zaujal – pevné rozhodnutí ke změně a silné odhodlání a rozhodnutí vyzkoušet cokoli, co by mohlo pomoci, které jej dovedlo i za mnou, je přece pro úspěch v tak obtížné životní zkoušce klíčové, a proto jsem usoudila, že by bylo zajímavé pracovat s ním a sledovat v přímém přenosu, jak vlastně odvykání kouření za využití koučinku probíhá. Dohodli jsme se tedy, že naše setkávání pojmem experimentálně, takže bude optimálně užitečné nám oběma – jemu ve formě nedirektivní podpory dosažení cíle, kterou hledal, mně jako nultá fáze pozdějšího diplomního výzkumu.

S koučinkem jsem se poprvé setkala v rámci svého vysokoškolského studia prostřednictvím doc. MUDr. Mgr. Bahbouha, Ph.D. v jeho volitelném předmětu. Z jeho přednášek mě koučování zaujalo natolik, že jsem v něm absolvovala

certifikovaný výcvik standardního rozsahu (80 hodin) a ve vzdělávání pokračovala po vlastní linii formou samostudia, návštěv tematicky zaměřených konferencí, seminářů, workshopů a dalších aktivit i po otevření vlastní praxe v lednu minulého roku. Od té doby jsem pracovala s mnoha klienty, kteří mě vyhledali přímo, nebo v rámci některého z projektů, jichž jsem se účastnila, mezi posledními například programu Koučink centra a Nadace Via Koučink – čas pro váš růst 2011 a 2012, věnujícího se práci s vybranými manažery nevládních organizací.

S klientem – kuřákem jsem spolupracovala od března do října 2011 formou osobního setkávání kombinovaného s využitím aplikace skype, která díky své pokročilé audiovizuální přenosové technologii dokáže v případě nutnosti téměř plnohodnotně zastoupit kontakt tváří v tvář. Jestliže přicházel původně s tím, že cítí, že musí přestat, postupně začínal chtít to, co s sebou neslo nekouření a na konci našeho setkávání mu již 4 měsíce cigareta ani nechyběla. Úspěch v této oblasti (po šesti předchozích pokusech) je zřejmý dodnes, kdy nekouří již více než rok. Nadto došlo k mnoha dalším kladným změnám v jeho profesním i osobním životě – zlepšil svou kondici, začal se intenzivně věnovat cyklistice, přestal pít nadměrné množství kávy, povýšil v práci a podněty k celkové změně, ač jsme v sezení věnovali pouze cíli přestat kouřit, přičítal právě koučinku. Velmi jsem se těšila na práci s dalšími klienty a byla zvědavá, zda se jednalo pouze o jedinečný úkaz a k jakému efektu dojde u ostatních.

I přes zkušenost jsem na počátku práce s ostatními probandy stála před velkou neznámou. Na jednu stranu jsem věděla, že mám „v rukávu“ svou znalost způsobu práce, který se pyšní velkým záběrem nejrůznějších typů klientů i témat, od zvyšování pracovní výkonnosti top manažerů po práci na naplňování životních snů žen po odchodu dětí z domova, který se využívá k usnadnění zvládnutí profesních i životních změn a který je znám svou vysokou účinností. Na druhé straně bylo téma, s nímž jsem doposud neměla žádnou zkušenost, kromě té osobní, kdy jsem 10 let svého života strávila s cigaretou v ruce, doposud jsem však nikdy nezkoušela přestat kouřit. A protože jsem člověk, který miluje výzvy, po zvážení všech pro a proti jsem se rozhodla do tohoto tématu „skočit rovnýma nohama“ a zkrátka zjistit, co se skrývá v hloubce pode mnou.

To, co jsem na cestě dolů a zpět na hladinu objevila, se pokusím přiblížit na stránkách předkládané diplomové práce. V její první části bylo nezbytné věnovat se podrobně teoretickým východiskům obou hlavních témat, tj. koučinku a kouření, nicméně jsem vždy usilovala o jasnost a strukturovanost a důraz proto kladla zejména na aspekty vztahující se k empirické části práce. Obsáhlost zvoleného tématu vyžadovala nejprve objasnění způsobu, jakým kouč pracuje, jeho filozofii, některých uplatňovaných technik a konkrétních postupů, specifik a odlišností od ostatních druhů práce s lidmi. **Koučink** je náplní první kapitoly.

Druhá kapitola pojednává souhrnně problematiku kouření především z pohledu dnešní medicíny, tedy jako diagnózu definovanou v Mezinárodní klasifikaci nemocí. Závislost, která na kouření vzniká, se demonstruje na fyzické i psychobehaviorální úrovni a při nedostatku nikotinu se projevuje abstinenčními příznaky. Můžeme ji detekovat pomocí diagnostických nástrojů a pokoušet se intervenovat v případě, že se pacient rozhodne zbavit se jí. Druhá kapitola usiluje o postihnutí všech uvedených a některých dalších souvislostí **kouření**.

Samotný kvalitativní výzkumný projekt navazující na zkušenost se zmíněným klientem je dokumentován v **empirické části** této práce. Je přehledně rozdělena do kapitol popisujících předmět a cíl studie, její design, výzkumný vzorek. Pokouší se zodpovědět předem položené výzkumné otázky a v diskusi se vyjádřit k jejich souvislostem. Vzhledem k obrovskému množství dat nashromážděných za období více než tříměsíční intenzivní práce s devíti probandy bylo nutné k jejich zpracování přistoupit se střídmostí a úsilím o strukturovanost, abychom z nich mohli co možná nejvíce benefitovat. Nemyslím si, že by toto pojetí bylo zužující, cílem bylo popsat přínosy koučování v práci s odvykajícími kuřáky a výzkumné otázky dobře plnily funkci mapy umožňující se na doposud neprobádaném území neztratit.

Přínosem této práce je objevení některých fenoménů, které se zdají být pro koučink tématu odvykání kouření stěžejní. Zajímavý je také přehled dotazníkových nástrojů využívaných ve světě k diagnostice nikotinové závislosti. Studie si kladla za úkol nahlédnout do neznáma a vyzkoušet, jak by se dalo využít koučinku při práci

s klienty rozhodnutými přestat kouřit. Neaspirovala již na ověření platnosti nalezených předpokladů ani zjištění účinnosti koučinku jako podpůrné metody při odvykání kouření. To by vyžadovalo realizaci rozsáhlé navazující, optimálně kvantitativní studie, zaměřené na tyto konkrétní jevy u početnějšího reprezentativního souboru probandů. Naši práci můžeme vnímat jako svého druhu pilotáž takového projektu.

Přílohy zahrnují kromě zajímavého přehledu historie kouření v dějinách lidstva ukázky a formuláře některých nástrojů sběru dat, využitých při diagnostické a evaluační fázi projektu, především těch, které byly sestaveny nebo přeloženy autorkou projektu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KOUČINK

Koučování jako metoda osobního rozvoje a vedení je téma mně velmi blízké vzhledem k tomu, že jsem v něm absolvovala výcvik a v současné době se mu mimo jiné profesně věnuji. Bylo o něm již napsáno tolik, že cílem této kapitoly není podat ucelený přehled, ale bude se věnovat zejména informacím, které mají vztah k empirické části mé práce.

V dnešní době je velkou výhodou množství dostupných pramenů dokonce i v českém jazyce, z nichž se může každý zájemce o koučování mnoho dozvědět a které i profesionální stávající kouč dále využívá k rozvoji své vědomostní platformy. Jak dokládají údaje o vydání publikací i například diplomová práce absolventa psychologie a kouče Mgr. Norberta Riethofa (2004), situace u nás ještě před několika lety tak příznivá nebyla. Následek výhod, které dnes požíváme, je však také to, že koučink provozuje a o něm píše leckdo a tištěné materiály (pokud vůbec alespoň ony) mohou být jediným zdrojem informací, které ve svých textech či praxi využívá. Bez znalostí pramenících z profesního výcviku, bez zkušeností z oboru a velmi často i bez alespoň okrajového povědomí o psychologii či tréninku v psychologickém uvažování.

Výsledkem je, že laická veřejnost, která zahrnuje i cílovou skupinu našich klientů, již o koučinku povětšinou slyšela, pravost a exaktnost informací však nebývá zaručena. To působí zmatení (ústící až v nechť služeb koučů využívat), s nímž se občas setkávám, ohledně toho, jak konkrétně kouč pracuje, jaké principy vyznává, jaké techniky využívá i proč tento soubor metod funguje. V této části práce bych ráda uvedla na pravou míru mýty, které o koučinku slýchám, tak, že jej představím ve světle, v němž jej vnímám. Jako metodu, které věřím, kterou ctím a vůči níž se snažím ve své práci s klienty být maximálně loajální. Vzhledem k vlastnímu profesnímu směřování a v zájmu zachování struktury práce budu hovořit o individuálním koučinku, a odhlédnu tak od tématu týmového koučování.

1.1 Z HISTORIE KOUČOVÁNÍ

Kouč (coach), koučování, koučink (coaching), slova, která dnes zejména ve firemní praxi bývají často skloňována, pocházejí z anglického výrazu *to coach*, který v běžném jazyce stále nejčastěji znamená trénovat, soustavně připravovat, zejména v oblasti vrcholového sportu. Více než dříve se však s termínem *coaching* i v anglofonních zemích setkáváme ve smyslu způsobu vedení a profesní podpory, která se od prostého „trénování a školení“ v mnohém odlišuje.

Zajímavé mi připadá propojení toho, jak koučink dnes v Čechách vnímáme a původního významu podstatného jména *coach*. To bylo do angličtiny přeneseno v 16. století z maďarského *kocsi*, které znamenalo (a v anglické verzi i dodnes okrajově znamená) *kočár*, hlavní dopravní prostředek té doby. Fonetickou podobnost patrnou i v jeho české podobě nadto nacházíme i například ve španělštině (*coche*) či německém *Kutsche*. Oslovuje mě metafora, kdy kouč je „kočím“, který zná cestu (techniku), avšak cíl určuje klient, cestující (*coachee*). Kočár - koučink jako soubor metod - je pak prostředkem přepravy do cílové destinace (Fischer-Epe, 2006).

Hlavní význam slova *coach* se dále posunul k popisu osoby opatrovníka či tutora univerzitních studentů a do sportovní oblasti byl přenesen krátce před koncem 19. století. Pro naši práci nejvýznamnější posun proběhl v 70. letech minulého století zásluhou amerického tenisového trenéra **W. Timothy Gallweye**, který přenesl pojem od sportovního tréninku na pole rozvoje osobnosti, a o několik let později sira **Johna Whitmorea** z Velké Británie. Zhruba od té doby se tak datuje boom, který zasáhl postupně všech pět světadílů, chtělo by se říci revoluce v technikách řízení a vedení, která vedla k vytvoření metodologie koučování jako nástroje, který se stal zprvu výsadou oblasti byznysu a exekutivy.

Tato etapa vývoje byla završena, když koučinkové principy a techniky začaly pronikat také mimo budovy velkých korporací a nadnárodních společností a nacházet si místo v nabídce služeb pro individuální klienty, jako je psychoterapie, poradenství apod. Také spektrum témat, s nimiž lidé za kouči přicházeli, se

rozšiřovalo, což dalo vzniknout celému odvětví *life coachingu*. Zde kouč pomáhá klientovi hledat spokojenost a motivaci, možnosti, naději a často prostředky a nástroje k dosažení změny ne především v pracovní oblasti, ale i ve všem ostatním, čím klient žije. Life coaching tedy zahrnuje i vztahy, zdraví, otázky životního stylu, zájmů, osobního rozvoje obecně a další oblasti, avšak pracuje na základě stejných principů a s využitím podobných technik, jako původně business coaching.

1.2 KDO JE A KDO NENÍ KOUČ

V kartotéce na webových stránkách bývalého Integrovaného systému typových pozic (dnes Národní soustavy povolání) je kouč vymezen jako „... vysoce kvalifikovaný pracovník, který prostřednictvím specifických psychologických a koučovacích technik a koučovacích otázek podporuje jednotlivce nebo pracovní týmy při nalézání optimálních postupů, strategií, plánů a řešení v oblasti řízení a rozvoje managementu“. Jeho pracovní činnosti má být „... podporování klienta při nalézání optimálních postupů, strategií, plánů a řešení, při osobním a profesním rozvoji, stanovování vhodných koučovacích technik a postupů v procesu koučování, studium nových poznatků v oboru a jejich aplikace do procesu koučování, vedení administrativy a dokumentace spojené s koučováním, vyhodnocování efektivity (vstupů a výstupů) procesu koučování s klientem“ (Národní soustava povolání, n.d.).

Není nutné, aby kouč byl expertem na konzultovanou problematiku, podstatou jeho role je především odbornost týkající se procesuální stránky, přičemž hlavním specialistou na obsah daného koučování je sám klient. Je však užitečné, aby se kouč dokázal orientovat v pojmech, na jejichž základě komunikace s klientem probíhá.

Mezi základní kompetence kouče patří:

- vedení koučovacího rozhovoru
- kladení přiléhavých koučovacích otázek
- využívání dostupných zdrojů k docílení klientova vytyčeného výsledku
- metodické vedení stanovování cílů
- aktivní naslouchání v průběhu koučovacího rozhovoru
- využívání koučovacích nástrojů
- metodická odbornost (Národní soustava povolání, n.d.).

Dodávám, že ze zkušenosti jsou dalšími užitečnými dovednostmi

- improvizace a přizpůsobení se klientově individualitě

- schopnost sebereflexe a osobní zralost v míře dostačující k tomu, aby se dokázal povznést nad vlastní pohled na řešenou situaci,
- zkušenosti s prací s lidmi, s prostředím, z něhož klienti přicházejí a s různými typy zakázek.

Ráda bych na tomto místě byť obsáhleji citovala z webové stránky Registru koučů ČR, podle níž je možné vybrat správného odborníka na základě uvedeného „desatera špičkových koučů“:

1. *Mají silnou víru v sebe sama, mají srovnané své vlastní hodnoty, jsou autentičtí a vědí, čeho chtějí dosáhnout.*
2. *Mají vzdělání v oboru a stále pracují na svém vlastním rozvoji, učí se novým věcem.*
3. *Umějí pečlivě naslouchat, dávají vám najevo, že je vaše názory a stanoviska hluboce zajímaví.*
4. *Jsou přirozeně zvědaví zejména pokud jde o lidi kolem nich, mají smysl pro laskavý humor a pokoru.*
5. *Jejich osobní integrita je velmi vysoká, chovají se konzistentně, stojí si za svým a pokud se někdy zmýlí, nemají potřebu to maskovat. Jsou přímí a upřímní.*
6. *Svým klientům se snaží vycházet maximálně vstříc, chápou jejich potřeby a s každým z nich jednájí naprosto individuálně – i v maličkostech. Jsou otevření mnoha různým možnostem a nedrží se striktně zaběhaných postupů.*
7. *Jako podnikatelé mají stabilní finanční zázemí, neslibují nemožné a v otázkách peněz jsou vůči klientům naprosto otevření a jednájí s nimi na rovinu.*
8. *Sami mají dobře vybalancovaný svůj vlastní život, jsou spokojení.*
9. *Existují pro ně jasně definované etické i lidské hranice, vědí, kam až mohou zajít a nezneužívají koučinku k manipulaci. Neradí, nehodnotí, nepodsouvají svá vlastní řešení.*
10. *Mají silně rozvinutou intuici, jsou odvážní, kreativní, ochotni nést riziko toho, že jdou do neznáma. Jsou otevření změnám – vítají je a v pozitivním směru je podporují (Registr koučů ČR, n.d.).*

Zajímavé je, že na rozdíl od psychologů má obce koučů v ČR hned tři profesní sdružení (ČAKO - Česká asociace koučů, ICF ČR - Mezinárodní federace koučů se zastoupením v České republice a EMCC ČR - Evropská rada pro mentoring a koučink) a každé z nich vlastní etickou komisi, která dohlíží nad dodržováním etických kodexů. Novou silou, která usiluje o zvýšení úrovně služeb v oblasti koučinku, je EPPOK - Etická platforma profesních organizací koučů, založená v roce 2011, která sdružuje všechny výše zmíněné organizace a jejímž posláním je *„posilovat a prosazovat vědomé etické chování profesionálních koučů a všech zúčastněných v procesu koučování“* (EPPOK, 2012). Zdálo by se tedy, že je zcela jasné a předem dané, co koučink obnáší a zahrnuje, a že si můžeme být jisti metodikou, principy i výsledky každého koučování, které se rozhodneme podstoupit. Bohužel to tak však vždy není. Vzhledem k tomu, že profesní sdružení sice existují, avšak pro výkon profese kouče není nutné být jejich členem a dokonce ani absolvovat odborný výcvik v oboru, protože vše, co je k tomu u nás potřeba, je v případě práce „na volné noze“ vlastnictví živnostenského listu, není v současné době možné kontrolovat kvalitu nabízených služeb ani to, zda se ve všech případech skutečně jedná o koučink s principy, které jsme vymezili výše.

Ve srovnání se světem v naší zemi nicméně panuje poměrně velká jistota v ohledu toho, kdo by se měl za kouče označovat, třebaže se to tak často v praxi neděje. Oproti tomu je v euro-americkém pojetí význam slova koučovat širší, má mnohem blíže než u nás k obecným výrazům „doprovázet, podporovat, vést“ a nebazíruje tolik na odborné způsobilosti kouče, jako spíše na jeho lidských kvalitách a schopnostech sebeprosazení v obrovské konkurenci, neboť tím, že je koučink chápán jako velmi široké pole působnosti, věnuje se mu také mnohem větší procento lidí, než je tomu u nás.

Například z více než 17 000 koučů sdružených po celém světě v ICF z nich v ČR působí jen kolem 40 (ICF, 2009), národní ČAKO uvádí dalších 21 členů na různých akreditačních stupních (ČAKO, 2012a) a EMCC ČR v databázi uvádí svých pouhých 8 českých koučů (EMCC, n.d.). Uvědomme si, že zde hovoříme jen o počtech akreditovaných koučů, kteří jsou členy některé profesní organizace, tzn. o menšině z celkového počtu absolventů koučinkových výcviků, kurzů a dalších

vzdělávacích programů a také o menšině z celkového počtu všech osob, které svou práci nazývají koučinkem. Těch je podle nejnovějšího průzkumu ICF z letošního roku ve světě asi 47 500, z toho asi 41 000 v současné době aktivně pracujících s klienty (ICF, 2012).

1.3 CO JE A CO NENÍ KOUČOVÁNÍ

Definice odborníků mají tendenci se lišit podle jejich individuálního vnímání konkrétního způsobu práce, domnívám se však, že je trefně propojují následující body:

- hlavním úkolem kouče je provázet a podporovat svého klienta v dosahování vytyčených cílů a nalézání optimálních postupů, strategií, plánů a řešení,
- jeho nejsilnějším nástrojem jsou koučovací otázky poskládané pro každého klienta specifickým způsobem tak, aby podporovaly zdárné vedení směrem k cíli,
- práce s vizí a motivací klienta a snaha ji cíleně zvyšovat,
- sledování klientova stavu energie a provádění jejího transferu do potřebných oblastí,
- záměrný či optimálně intuitivní postup dle některého z modelů koučování (př. GROW, CREATE, STOP atd.),
- přímá interakce s jednotlivými klienty v průběhu tzv. sezení, kterých bývá standardně tři až devět v období asi tří až šesti měsíců,
- každé sezení trvá čtyřicet pět až devadesát minut a v našem prostředí se zpravidla odehrává formou osobního kontaktu v prostorách, které zabezpečuje kouč tak, aby bylo zajištěno, že nebudou muset probíhat v domácím nebo pracovním prostředí klienta, což by bylo nežádoucí vzhledem k rozptylujícimu vlivu takového umístění. V zahraničí, vzhledem k jazykové jednotě zejména v USA, není osobní setkání příliš běžnou variantou, mnohem častěji se koučuje po telefonu, prostřednictvím služby skype nebo s využitím e-mailu.

Náplní koučování naopak není zejména:

- udělování rad či doporučení klientovi,
- navrhování řešení (až na případy, kdy je kouč v konkrétní otázce odborníkem a klient jej o radu výslovně požádá, jedná se spíše o výjimečné situace, které by rozhodně neměly být běžnou náplní profese kouče),
- hodnocení klientových nápadů a rozhodnutí,
- vypracovávání odborných posudků.

1.4 PSYCHOLOGICKÉ KOUČOVÁNÍ

Jak již bylo uvedeno, ve své práci využívám metodiku psychologického koučování, jemuž jsem se naučila v profesním výcviku. To vychází z koučovacích postupů obecně, navíc však přejímá některé prostředky z oborů psychologie a psychoterapie, které považuje za příbuzné, konkrétně například techniku aktivního naslouchání, škálování a mnoho dalších. Jeho předpoklady trefně vymezuje ve své diplomové práci z roku 2004 absolventka psychologie a lektorka mého výcviku Dana Fajmonová:

- *Každý člověk má potenciál ke změně a k růstu – tento předpoklad je shodný s předpokladem pozitivní a humanistické psychologie, vede k důvěře v překonávání překážek a zvyšování momentální úrovně dovedností.*
- *Každý člověk má k dispozici zdroje k tomu, aby u sebe změnil to, na čem mu záleží. Všichni jsme odpovědní za své myšlenky, pocity a jednání – tento předpoklad umožňuje upevňovat vědomí odpovědnosti za své jednání a možnost změny klienta, kouč v průběhu práce není odpovědný za chování koučovaného, je odpovědný za to, aby mu prostřednictvím svých dovedností poskytoval možnosti ke změně, vědomí odpovědnosti vede k většímu pocitu moci nad svým životem.*
- *Každá lidská bytost má jedinečné vnímání a chápání světa – tato myšlenka vede k akceptaci člověka a jeho individuality, přijetí odlišnosti lidí vede k otevřenosti a toleranci k rozdílným cestám, k cílům, které si lidé stanoví, kouči nejsou odborníky na život a neznají patent na to, jak žít lepší život, jejich cílem je pomoci si ho ujasnit koučovanému a hledat cesty, které jsou v souladu s jeho hodnotami a životní situací (Fajmonová, 2004, s. 46-47).*

Je tedy zřejmé, že **psychologické koučování neznamena life coaching**, s nímž občas bývá zaměňováno. Life coaching (viz kap. 1.1) znamená rozšíření tematického záběru koučování (nejen psychologického) na oblasti osobního života a rozvoje, zatímco nazveme-li koučování psychologickým, hovoříme o metodě práce (viz výše), kterou můžeme uplatnit v práci na libovolném tématu v oboru pracovního i osobního života.

1.5 VYBRANÉ ASPEKTY KOUČOVACÍHO PROCESU

1.5.1 MODEL (THE) GROW

Protože považuji za důležité uvést na pravou míru, co chápu pod pojmem koučink, a také je to zcela zásadní pro možnost replikovat můj výzkum, na následujících řádcích bych ráda stručně popsala konkrétní model práce, který jsem si osvojila ve výcviku a který jsem aplikovala také na své klienty v rámci jejich odvykání kouření.

Hlavním úkolem kouče je vést a podporovat svého klienta v dosahování vytyčených cílů a nalézání optimálních postupů, strategií, plánů a řešení. Kouč má k dispozici rozličné techniky, které mu usnadňují dodržování struktury jednotlivých sezení i celého procesu setkávání s klientem, zlepšují cílesměrnost jeho konání. Užitečnost aplikace některého z modelů spočívá zejména v tom, že nám umožňuje přidržet se standardizovaného, dobře fungujícího postupu, který je vyzkoušený a ověřený praxí ostatních odborníků. Samozřejmě se nemá jednat o křečovitě přidržování se jakéhokoliv modelu, ten má být jen prostředkem, nikoliv cílem. Vždy je nejdůležitější konkrétní úvaha, vztahující se ke každému klientovi, na kterého je třeba se dívat jako na jedinečnou bytost a podle toho jej i vést - práce s ním by vždy měla respektovat jeho individualitu více, než se jen soustředit na dodržování správnosti technik. Ideálem je internalizace práce s modelem do takové míry, kdy jsme schopni jej využívat intuitivně.

U nás běžně využívaný model (The) GROW zahrnuje 5 hlavních fází, které se všechny vyznačují specifickým způsobem kladení otázek:

- **T** - téma setkávání, oblast, která je ústředním bodem setkávání
- **G** - definování celkového cíle (**goal**), kterého se pod koučovým vedením bude klient v průběhu navazující řady sezení a zejména mezi nimi snažit postupně dosáhnout. V této fázi koučinku můžeme využít specifický postup SMARTER, jak cíl vymezit, který popíšeme v následující kapitole
- **R** - mapování reality, oblast, do které spadá rozhovor na téma minulých zkušeností s daným problémem a zejména (protože se koučink zaměřuje na

pozitivní zpevnování a shaping) s úspěšnými řešeními, předchozí efektivity, inspirujících situací a osob, které klient zná a které mu mohou pomoci, poradit, jít příkladem atp.

- **O** - identifikace možností (**options**), kterými klient disponuje, avšak které zatím bez koučovy intervence a jeho tvořivých otázek, měnících úhel klientova pohledu, nebyl schopen do rozhodovacího procesu vnést
- **W (will)** - tvorba akčního plánu, na jehož základě bude klient systematicky postupovat a který mu umožní kontrolu nad tím, přibližuje-li se efektivně stanovenému cíli za přijatelných podmínek (Whitmore, 2009). Zahrnuje také velmi užitečnou aktivizační otázku, *Co je možné udělat ještě dnes?*

Osvojení si tohoto modelu mezi jinými umožňuje být schopen pracovat strukturovaně v každém sezení a neopomíjet některé důležité aspekty klientova sdělení. Klient má možnost všimnout si některých opakujících se vzorců práce kouče a jako vedlejší produkt si tak odnáší metodiku, kterou může využít při pozdějším sebekoučování.

1.5.2 CÍL

Schopnost kouče podpořit klienta při vytváření cíle považuji za zásadní moment jeho práce. Zdá se, že jedním z hlavních úskalí, na které lidé, snažící se uspět, narážejí, je nedostatečná dovednost definovat vlastní cíl. Velmi často umějí výborně vymezit to, co nechtějí, opačné uvažování se však zdá být náročnějším. Jak bylo zmíněno výše, v rámci koučování si klient vlastně jako vedlejší produkt osvojuje techniku, jak kýžený výsledek specificky a časově vymezit, kvantifikovat, testovat jeho reálnost, jak jej přerámovat do podoby, která bude mít aktivizující a „energizující” efekt. To vše má za následek, že dokáže bezpečně rozpoznat moment, kdy svůj cíl naplnil, přičemž prožívá mnohem větší uspokojení a radost z jeho objektivizovaného dosažení.

V průběhu práce na definování cíle i nadále kouč postupuje strukturovaně a snaží se zaměřit i na hledání skutečných motivů, které mohou stát za zakázkou, s níž původně klient přichází. K tomu může mimo v našem projektu využitého

modelu The GROW sloužit také například Gallweyův přístup Inner Game nebo dále CREATE, STOP, PRACTICE atd., ale také množství technik, které citlivě aplikuje v závislosti na konkrétní osobě a situaci. Mezi ně patří i v jiných oblastech psychologické práce oblíbené přerámování, využití metafor, sumarizace, brainstorming, synektika, různé projektivní techniky, matice změny, kaizen, debriefing apod. I zde však platí, že technika by měla na základě koučova kvalifikovaného výběru vždy přispívat ke zvýšení pravděpodobnosti úspěchu v řešení konkrétní situace.

1.5.3 SMARTER

Definování cíle je zásadní pro jeho vizualizaci, která pak umožňuje snadnější realizaci. Další důležitý akronym v oboru vyjadřuje specifika, která má z hlediska koučinku správně vymezený cíl mít. Je nejčastěji chápán takto:

- **S** (specific) - specifický, dobře vymezený, hodně konkrétní
- **M** (measurable) - měřitelný, abychom se mohli ptát, „*jak moc, kolik, o kolik více / méně, nakolik..*”
- **A** (attainable) - dosažitelný, ležící v rukou klienta a nikoho jiného
- **R** (realistic)- realistický z klientova pohledu, což však testujeme speciálními otázkami
- **T** (time-bound) - časově vymezený („*do kdy, za jak dlouho,..*”)
- **E** (energizing) - „energizující”, motivující, jehož naplnění má pro klienta pozitivní náboj
- **R** (recorded) - zaznamenaný (v koučinkovém kontraktu, viz dále)

1.5.4 ZVYŠOVÁNÍ UVĚDOMĚNÍ

Mezi důležité aspekty koučování řadím také „trénink zvědomování”, rozvoj schopnosti reflektovat dění v sobě samém i okolo. Jeho důsledkem je zvýšení kapacity k prožitku a jeho prohloubení, lepší poznání vlastní osoby a reakcí. Kouč má být schopen tento proces podpořit na základě silného nástroje, jímž jsou koučovací otázky. Klientovi poskytují možnost zastavit se a vytěžit maximum

z analýzy svých činností i po jejich skončení, skutečně se na jejich základě učit a rozvíjet tak potenciál, kterým disponuje.

Podle Whitmorea je důležité, aby otázka v koučování sledovala několik základních cílů - zlepšit vnímání reality, posílit odpovědnost, koncentrovat pozornost a porozumět situaci. Proto je však třeba klást takové otázky, které jsou **precizní, efektivní, jasně formulované a aktualizované**. To znamená, že v další fázi je nezbytné pozorně naslouchat odpovědi klienta, která nám napoví, kam směřovat další dotaz. Je výhodné používat **otázky otevřené** namísto zavřených, protože jejich prostřednictvím dáváme klientovi možnost deskriptivní odpovědi, nad kterou je třeba se nejprve zamyslet. Nejefektivněji fungují **otázky uvozující snahu o kvantifikaci nebo získání faktů**, tzn. takové, které začínají částicemi *jak, kdy, kdo, (o) kolik, jak moc* atd., namísto *proč*, které implikuje kritiku a v reakci na něj jsme zvyklí se bránit, vysvětlovat. Whitmore říká, že *proč* vyvolává analytickou úroveň myšlení, která může být ve chvíli, kdy usilujeme o deskripci reality, kontraproduktivní. Jako lepší řešení situace, kdy nás zajímá *proč*, navrhuje otázku *jaké důvody, jaké faktory...* Takto se dostáváme k přesnějším sdělením obsahujícím jednotlivé kroky a fakta (Whitmore, 2009).

Častým typem otázek, které v koučinku využíváme, jsou **otázky škálovací**, které vycházejí z uplatnění škál v kognitivně behaviorální terapii. Jejich prostřednictvím dokážeme kvantifikovat i v oblastech, kde bychom charakteristiku měřitelnosti původně nehledali - například v ohledu životní spokojenosti, pocíťované chuti do akce, energie nebo odhadu realističnosti. Ptáme se pak například: „*Na škále od 1 do 10, kde 1 znamená nejméně a 10 nejvíce, jak moc kompetentní se nyní cítíte k ...?*”. Na základě obdržené odpovědi můžeme dále rozvíjet probírané téma - např. odpoví-li nám klient, že se považuje za kompetentního asi tak „*na sedm z deseti*”, můžeme se dále ptát, „*Co potřebuje k tomu, ...*” nebo „*Co by se muselo stát pro to, ...*”, aby se cítil „*na devět*”. Pak můžeme pokračovat: „*Na jaké hodnotě chcete být, až se uvidíme příště? Jak moc je to realistické? Co můžete pro zlepšení ze sedmi na osm udělat ještě dnes?*” a podobně. Často tak společně odhalujeme klientovi doposud skryté odpovědi, které však po celou dobu znal. V tom spatřuji hlavní přínos

koučování - ukazovat lidem, že odpovědi již mají v sobě, jen se je potřebují naučit najít.

K tématu zvyšování sebereflexe a uvědomění uvádí Fajmonová:

... již Sokrates využíval metodu kladení otázek kterými dováděl partnera v diskusi k tomu, aby kriticky zhodnotil svá tvrzení a nahlédl na pravdu vlastním myšlenkovým úsilím. Otázky v koučování mají podobný efekt. Otázka představuje nově otevřený tvar a naše mysl je zvyklá ve většině případů na otázky hledat odpovědi. Součástí zvyšování reflexe je učení se aktivnímu kladení otázek sobě samému. (...) otázky nám rozšiřují spektrum informací, které máme k dispozici, ale především prohlubují chápání vztahů, souvislostí a vhledu (2004, s. 49).

1.5.5 KOUČINKOVÝ KONTRAKT

Dokument, s nímž v rámci nultého a několika dalších sezení pracujeme, má svůj základ v terapeutickém kontraktu, avšak je detailnější ve specifikaci cíle podle metodiky SMARTER. Nejedná se o právní dokument, jako spíše o dohodu mezi klientem a koučem o tom, jakým způsobem, za jakých podmínek a na jakém základě bude jejich vzájemná spolupráce probíhat.

Většinou obsahuje formální část, která se týká zejména zmíněných pravidel spolupráce, jako je místo a frekvence setkávání, délka sezení, podmínky rušení dohodnutých schůzek i celého kontraktu, otázka pořizování zápisů ze sezení a v neposlední řadě také finanční ujednání aj. Obsahová část se pak týká tématu koučování, v jeho rámci jednoho či několika vytyčených cílů a často také „záchytných bodů“ - dílčích cílů, které si klient předem nastaví a podle jejichž dosažení pozná relevantnost svého směřování vzhledem k cíli.

1.6 DALŠÍ PŘÍSTUPY

Vzhledem ke zmiňovanému zmatení v otázce, co konkrétně se skrývá pod pojmem koučování, je snad užitečné také vyjasnit, v čem se tato metoda liší od ostatních způsobů práce s lidmi. Obvykle se vymezuje zejména oproti:

- mentoringu
- poradenství
- psychoterapii

a) **Mentoring**

Výraz užitý často v pracovním kontextu označuje vztah a aktivitu, která většinou probíhá na úrovni spolupráce juniorního pracovníka se seniornějším, který zaujímá obdobnou pozici a přispívá svým vedením k prohloubení znalostí, dovedností a celkovému rozvoji méně zkušeného kolegy. Radí mu, směřuje jej, předává informace. Jestliže ideálně v koučování hovoří kouč po 30 % času a klient celých 70%, pak v mentoringu tomu bývá zhruba naopak, mentor je hlavním aktérem konverzace.

V mimopracovní oblasti si umím představit podobný vztah například v programech organizace Alcoholics Anonymous, kde je každému klientovi přidělen zkušený partner, který již odvykáním alkoholové závislosti prošel nebo je v programu dvanácti konsektivních kroků dále než jeho svěřenec.

b) **Poradenství**

Ze své podstaty kouč „neuděluje rady“, nenavrhne postupy atd. a zejména tím se odlišuje od profesního zaměření **poradce**. Přitom témata, s nimiž se oba odborníci setkávají, mohou být podobná (zejména v případě kariérového či osobního koučinku / poradenství). Poradenství v oblasti změn životního stylu (kam zahrnujeme i odvykání kouření) často provádí lékař, nutriční terapeut, trenér a další odborníci, jejich hlavní náplní práce však je předávat generické informace relevantní danému tématu a ne hledání jedinečného řešení na základě potenciálu klienta. V poradenství se má za to, že nejlepší řešení již byla vymyšlena a hledání dalších možností by bylo neefektivní.

c) Psychoterapie

Už méně snadné se zdá v praxi vymezení **rozdílu mezi koučováním a psychoterapií**. Ač se říká, že kouč se ve své práci zaměřuje více na řešení a terapeut na problém, není to docela přesné, vždyť zaměření na řešení z psychoterapie pochází. Někdy není dost dobře možné oba způsoby práce oddělit, pokud při pohledu zvnějšku nevíme, jaký je kontrakt. S nejistotou ohledně toho, kde končí jeden a začíná druhý způsob práce, se setkáváme i v dílech některých našich i zahraničních autorů. Koučink vnímám jako velmi blízký zejména kognitivně behaviorální a ve specifické podobě i systemické terapii, na jejichž základech také ve své psychologické podobě vyrůstal.

Obecně se uvádí, že zásadní rozdíl leží v **kontextu**, v němž klient přichází. Riziko stigmatizace rolí „pacienta, který potřebuje psychoterapii” v koučinku zcela odpadá a na jejím místě vyvstává naopak představa úspěšného člověka, který má zájem o svůj osobní rozvoj. Jenže tento argument již dnes, s rozvojem life coachingu a poté, co terapie překonala brány psychiatrických léčení, také zcela neplatí, nicméně být koučován stále souvisí s jakýmsi společenským uznáním - asi i vzhledem k diametrálně odlišné ceně obou služeb může nepřímo vyjadřovat atributy vysokého statusu.

Psychoterapie je často vnímána jako pomoc subnormnímu „pacientovi bez náhledu” do „normy”, odkud pak koučink vede náhledu schopného klienta na vzestupu do excelence, tento argument je však uspokojivý spíše u psychiatrické populace. Rozdíl můžeme spatřovat také v délkách trvání koučovacího a terapeutického procesu, ten se však v případě krátkodobých terapií a dlouhodobějšího life coachingu značně minimalizuje (Kratochvíl, 1997). Obecně se tvrdí i to, že u klienta koučování je nutnou podmínkou jistá míra vstupní motivace, bez níž by si však ani mnoho terapeutických směrů nevědělo rady.

Podle Fajmonové můžeme odlišit psychologické koučování od psychoterapie na základě tří kritérií, přičemž za klíčový považuji především poslední uvedený bod:

- *koučování, které je formou seberozvoje, je proaktivní, zatímco psychoterapie je reaktivní a vychází z podnětu strádání*
- *koučování je určeno především pro zdravou populaci, psychoterapie a poradenství i pro klinickou populaci*
- *zakázka v psychoterapii je často komplexnějšího charakteru než v koučování, které se často snaží určit jednu konkrétní oblast vhodnou pro rozvoj (2004, s. 44).*

Další rámec uvažování nad touto otázkou nám poskytuje stručné ústní vyjádření amerického kouče Roberta Kriegela, autora populární knihy *Sacred Cows Make the Best Burgers* a přednášejícího z Mezinárodního setkání koučů v Praze 2011. „*Terapie jde do hloubky, zatímco koučování do šířky*”.

1.7 PŘÍNOSY KOUČOVÁNÍ

Hlavním důvodem, pro který se lidé nechávají koučovat, bývá samozřejmě snaha o dosažení některého cíle. Podle sira Whitmorea koučink klientovi nepřináší pouze vyšší výkonnost, která bývá často původním cílem kontraktu, ale také řadu pozitivních „vedlejších účinků”. Mezi nimi se zmiňuje celkové zvýšení kvality života prostřednictvím rozvinuté schopnosti hlubšího prožívání, tvůrčí myšlení, přičemž jedna kreativní myšlenka má schopnost rozběhnout celou plejádu dalších, větší flexibilitu i adaptabilitu vůči změnám, vnitřní motivovanost (Whitmore, 2009). Doplňme, že také často získáme převzetím zodpovědnosti kontrolu, schopnost jemněji diferencovat, vychutnávat okamžik a rádi opustíme navyklé automatismy ve prospěch nových jedinečných, intenzivnějších prožitků.

1.8 EFEKTIVITA KOUČOVÁNÍ

Koučování nás obecně zajímá a bývá vyhledáváno jako metoda práce pro svůj kreativní potenciál a další výše zmíněná pozitiva, zejména však pro svou avizovanou vysokou efektivitu. Zejména v pracovním kontextu proběhlo mnoho studií, často zadávaných ICF nebo jinými profesními sdruženími koučů, která pak jejich motivující nálezy ráda prezentují v rámci propagace koučinku.

Olivero přinesl již v roce 1997 zajímavé výsledky ve studii dopadu koučinku na 31 manažerů, kterým byl nabídnut v první fázi velmi pozitivně hodnocený workshop, který zahrnoval řadu interaktivních aktivit a cvičení zaměřených na zlepšení v konkrétních složkách jejich pracovní role. Ve druhé fázi byli všichni manažeři zapsáni do osmitýdenního individuálního koučinkového programu, který zahrnoval stanovení cíle, cestu k jeho naplnění, nácviky, zpětnou vazbu, supervizi, závěrečné hodnocení a veřejnou prezentaci výsledků. S kouči se klienti setkávali jedenkrát týdně na šedesátiminutové sezení. Ukázalo se, že zatímco intenzivní workshop zvýšil výkonnost manažerů o 22%, přidání koučinku po jeho skončení pozvedlo celkovou produktivitu o celých 88% (Olivero, Bane & Kopelman, 1997).

Pro dříve popsané panující zmatení pojmů v ohledu toho, co vlastně koučování je a co se za ně z různých důvodů (zejména snad proto, že se jedná o moderní a populární rozvojovou metodu, na jejíž vlně je lákavé se svézt) pouze vydává, však není snadné objektivně zhodnotit skutečnou efektivitu metody bez hlubší analýzy toho, co přesně ve kterém výzkumu zahrnovala, jak byl kouč kvalifikován, jak postupoval, jak dlouhý program byl nabídnut, jaká témata se řešila, z jakého teoretického základu koučink vycházel a mnoho dalších otázek. Musíme si také uvědomit, že jednu z hlavních rolí, měříme-li efektivitu procesu, hrají pravděpodobně faktory na straně osoby kouče a vzájemného vztahu mezi ním a klientem, což by od každé takové studie vyžadovalo také ošetření této proměnné.

K předpokládané vysoké efektivitě jistě přispívá, že do procesu koučování vstupuje (přínejmenším zvnějšku) motivovaný klient, který má zájem na tématu pracovat. Navíc cena koučinku není zanedbatelná a je otázkou, co by vedlo nemotivovaného klienta k tomu, ji platit. Otázka financí se zdá být ve „slušné společnosti“ dnešní koučinkové (podobně jako psychoterapeutické) komunity nadále tabuizována, přičemž není zvykem měřit motivaci na koruny, nicméně se ukazuje, že není vhodné brát tento aspekt na lehkou váhu, protože je docela dobře možné, že hraje jednu z ústředních rolí v klientově vnímání potenciálu dané metody skutečně účinkovat. K otázce finančních aspektů koučinku se dostaneme dále v diskusi.

Každoročně bývá nejen na českých katedrách psychologie, ale i na oborech ekonomie, polytechnika, podnikání a mnoho dalších obhájeno několik diplomových prací, zabývajících se tématem koučinku zejména z pohledu jeho účinnosti. Tato práce není zaměřena na hodnocení efektivitě metody psychologického koučování, vychází z teoretického i empirického předpokladu, že metoda koučinku efektivní je.

1.9 KOUČOVÁNÍ TÉMATU ZÁVISLOSTÍ

Jak bylo uvedeno již v úvodu, odvykání kouření a závislosti obecně nejsou běžným tématem, které plní čekárny koučovacích praxí v České republice, a můžeme-li usuzovat z četných diskusí na portálu Linked-In, ani v zahraničí, nicméně vše je jen otázkou zarámování, kontextu. Setkáváme-li se poměrně často s klientem, který přichází s požadavkem vedení změny životního stylu (hubnutí, zlepšení kondice, atd.), jsme jen krok vzdáleni tématu odvykání kouření. Tak jsem je i pojímala v empirické části své práce. Jako vždy cíl naší spolupráce s klientem i v této oblasti vychází ze vzájemně dohodnutého kontraktu, o jehož naplnění společně usilujeme v průběhu celého procesu. Koučování vnímám jako výtečnou podpůrnou metodu u změn životního stylu zejména pro ty klienty, kteří přicházejí rozhodnutí a s alespoň základní úrovní motivace přestat, kteří cítí svůj „locus of control” uvnitř sebe. I u ostatních skupin klientů je prospěšné, nicméně je možné, že pro některé z nich může být přínosnějším direktivnější přístup nebo větší vnější kontrola.

Metodou práce podle některých škol (např. ericksonovské, v Čechách známé díky Marilyn Atkinsonové, lektorce Erickson College International) příbuznou koučinku, která tvrdí, že umí pracovat s tímto tématem, je neurolingvistické programování (NLP), které využívá vybraných základních psychologických a neurologických poznatků. Jistě i z toho důvodu, stejně jako pro chybějící komplexní teorii i nedostatek průkazných seriózních zpráv o efektivitě techniky nebylo doposud vědeckou komunitou uznáno jako spolehlivá intervenční metoda. O jiných užívaných, uznávaných i alternativních metodách farmakologické i psychoterapeutické intervence při odvykání kouření pojednává kapitola 2.5.

2 KOUŘENÍ

Užívání nikotinu a to zejména formou kouření cigaret je celospolečenským problémem, který v rozvojových zemích zasahuje až polovinu populace a v zemích rozvinutých téměř kolem jedné třetiny obyvatel - hovoříme-li o kouření aktivním. Pasivní kouření se nadto týká doslova celé společnosti, protože jen menšina obyvatel se mu dokáže efektivně bránit.

Podle nejnovějšího průzkumu Evropské komise z letošního roku například **ve věku 15-24 let kouří v České republice 23,8% populace, přičemž jde o asi 16% žen a téměř dvojnásobné procento mužů.** Přitom se v případě nikotinismu jedná o nejvýznamněji ovlivnitelnou příčinu smrti ve světě a hlavní rizikový faktor pro vznik kardiovaskulárních onemocnění, chronické bronchitidy, rozedmy plic, několika typů karcinomu a dalších závažných nemocí. Za kuřáka je obvykle v přehledech považována osoba, která kouří denně nebo příležitostně po dobu alespoň 1 měsíce, častěji 1 roku (European Commission, 2012).

Nejznámější česká specialistka v oboru, MUDr. Eva Králíková v článku věnujícímu se farmakoterapii závislosti na tabáku uvádí:

Kouření bylo dlouhá léta považováno za zlovyk, způsob chování, ale nikoli za závislost, či dokonce nemoc. Prvním krokem k účinné léčbě bylo poznání vysoké návykovosti nikotinu. Podstatným milníkem se pak stalo vydání 10. verze ‚Mezinárodní klasifikace nemocí WHO‘ v roce 1992, kde je závislost na tabáku poprvé uznána jako samostatná nemoc – F17 - poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku (2011).

Syndrom závislosti na tabáku je nejčastější diagnózou v České republice. Týká se přibližně **2 500 000 osob** a je příčinou téměř jedné pětiny všech úmrtí. Jedná se chronické, recidivující a letální onemocnění. Nejrozšířenější formou je kouření cigaret. Jen u nás na nemoci způsobené kouřením ročně umírá 18 000 lidí,

tzn. 50 lidí každý den. Jsou to zejména nádorová onemocnění (8000 úmrtí ročně), kardiovaskulární (7000), respirační (2000) a několik dalších onemocnění (souhrnně 1000). **Abstinence** se definuje jako doba nejméně šesti, raději však dvanácti měsíců od poslední cigarety, nicméně ke kouření se uživatel může kdykoliv vrátit, je proto k léčbě závislosti na tabáku přistupovat jako k léčbě chronického onemocnění (Společnost pro léčbu závislosti na tabáku, 2010).

Názor, že se jedná o onemocnění, podporuje zjištění, že asi 70% stávajících kuřáků by rádo přestalo kouřit, kdyby cítili, že mají možnost volby (Evropská komise, 2010; CDC, 2012).

2.1 VÝSKYT

Tabák (a potažmo i závislost na něm) má v naší společnosti nadále mezi ostatními drogami poměrně výsadní, téměř až prestižní, postavení. Jednak je, společně s alkoholem, řazen mezi látky legální, tudíž takové, které jsou v zásadě neomezeně a téměř komukoliv dostupné. To s sebou nese zvýšené riziko hromadného zneužívání, o němž rozhodně můžeme mluvit - při naší prevalenci **36% populace**, zahrneme-li i děti a mladistvé (tj. ty, jimž by ze zákona měl být přístup k tabákovým výrobkům znemožněn), kteří bývají běžně v datových souborech vynechávání.

To nás přivádí k dalšímu specifiku tabákové závislosti, a totiž, že až 90% kuřáků se začíná látku užívat před dovršením 18. roku věku a, jakkoliv děsivě to zní, že **průměrným věkem první cigarety je 10 let**, což znamená snížení o 15 let oproti roku 1950 (Česká republika má čtvrt milionu nezletilých kuřáků, 2012). Podle Světové zdravotnické organizace WHO začíná každý den kouřit mezi 80 a 100 000 dětí (Martin, 2002) a jen u nás v současné době kouří asi čtvrt milionu mladistvých do 18 let. Ačkoliv většinou děti začínají kouřit se svými vrstevníky, dostávají prvotní příklad nejčastěji již v domácím prostředí - **pokud oba rodiče dítěte kouří, je pravděpodobnost, že se samo stane kuřákem, čtyřikrát vyšší než u dětí rodičů - nekuřáků** (Česká republika má čtvrt milionu nezletilých kuřáků, 2012).

Ukazuje se také, že až **polovina kuřáků, kteří začali v dětském věku, kouří dalších 15-20 let**. Při uvážení, že tabákový kouř obsahuje kolem 4000 různých druhů chemikálií, často toxických a/nebo karcinogenních, a z toho vyplývajícího faktu, že až polovina dlouhodobých kuřáků ve světě (tj. asi 5 milionů ročně) umírá na následky kouření (Martin, 2002), se v případě dětského kouření jedná o velice nebezpečný a společensky nežádoucí fenomén, který si žádá urgentní zaměření naší pozornosti.

Jedná se tedy o drogu, jejíž zákeřnost spočívá v masové rozšířenosti, obecné dostupnosti a společenské tolerovanosti. Tím je dále způsobováno mimo jiné to, že je

přístup k ní poměrně snadno otevřen i dětem a mladistvým, kteří pro svou nevyzrálou, větší vulnerabilitu a hlubší fixaci v důsledku tvoří další generaci závislých na tabáku. A spirála dependence se roztáčí... Přes (jakkoliv polovičaté) další a další snahy státní protidrogové politiky, přes zdravotnickou a osvětovou iniciativu a preventivní programy jsou kouření a s ním spojená závislost nadále závažným problémem.

Uvažujeme-li o možnostech prevence, napadá nás nejčastěji ta primární, tj. taková, která se v našem kontextu věnuje dětem, u nichž existuje předpoklad, že zatím kouřit nezačaly (Nešpor, 2000). Jak uvádí Iversen, odhalení prvních důkazů mezi kouřením a rozvojem rakoviny plic trvalo déle než 40 let, protože pro složitost jejich vztahu bylo náročné detekovat příčinnou souvislost. Nyní se ukazuje například, že riziko rakoviny plic roste mnohem rychleji s celkovou dobou kouření než s počtem denně kouřených cigaret. Zvýšíme-li denní spotřebu tabáku na trojnásobek, pravděpodobnost vzniku plicního karcinomu vzroste také třikrát. Avšak po třiceti letech kouření není jeho riziko dvakrát větší než po patnácti letech, jak bychom se mohli domnívat, avšak roste na dvacetinásobek a dokonce na stonásobek po dalších patnácti letech. V souladu s těmito nálezy vyznívá informace, že nebezpečí rozvoje tohoto typu rakoviny je poměrně nízké, přestaneme-li kouřit před dosažením čtyřiceti let věku. Dokonce i v období padesáti až šedesáti let přináší rozhodnutí skončit výrazné snížení pravděpodobnosti nádorového onemocnění. Z toho je zřejmé, že je užitečné věnovat se nejen prevenci u dětí a mladistvých, ale také prevenci sekundární (a terciární) u osob ve středním věku (2006).

2.1.1 ETYMOLOGIE ZÁVISLOSTI

Zdá se to úžasně prosté - když se nám podaří ochránit všechny děti a mladistvé do 18 let před tím, aby začali kouřit, nebude pak tedy, až vyrostou, kouřit až 90% těch dospělých, kteří by se jinak stali kuřáky? Kéž by to opravdu bylo tak snadné. Jenže děti i přes preventivní programy, odstrašující příklady, zákazy a tresty a veškerou snahu rodičů začínají kouřit dál a, i když snad ne ve větším procentu, přesto alespoň ve stále nižším věku. Proč a jak ale děti, a to často i takové, které nežádoucí chování u svých rodičů dříve odsuzovaly, začínají kouřit?

Když pomineme doposud nejistý vliv „kuřáckého genu“, je třeba zaměřit pozornost zejména na vlivy sociální, které děti čím dál tím nižšího věku vhánějí do náruče budoucí nikotinové závislosti. Jak vyplynulo z rozhovorů s chicagskými 12-16letými žáky, sledovanými po 2 roky týmem Hu, Griesler, Schaffran a Kandel, **nejvýznamnějším souvisejícím faktorem dětského kouření bylo aktivní kuřáctví jejich rodičů, nikoliv vrstevníků** (2011).

V jiném výzkumu (Milton, Cook, Dugdill, Porcellato, Springett & Woods, 2004) byly zjišťovány prostřednictvím dotazníkového šetření u souboru 270 9-11 letých žáků z Liverpoolu jejich zkušenosti s kouřením. Podle výpovědí dětí i jejich rodičů, do věku 11 let zkoušelo alespoň jednou kouřit 27% dětí, 12% tak činilo opakovaně a 3% pravidelně. Mezi hlavními rizikovými faktory autoři uvádějí mužské pohlaví, kuřáctví nejlepšího kamaráda, bratra a otce v tomto pořadí. Také byla **potvrzena souvislost mezi kuřáctvím těchto dětí a nízkým socioekonomickým statusem rodiny, kuřáctvím matky a bydlení v odlehlých lokalitách.**

K podobným závěrům dochází tým Žaloudíkové, Hrubé a Samary (2012) v českém prostředí, kde se sociální normy nastavené v rodinách a vrstevnických skupinách také jeví jako nejvýznamnější z faktorů dětského kouření. Tvrdí, že **domácnosti, kde je užívání tabáku jasně odmítáno, usnadňují dětem internalizaci normy nekouření i do budoucnosti.** Ve svém výzkumu provedeném u dětí v páté třídě základní školy, zařazených do programu „Nekouřit je normální“, autorky zjišťovaly na bázi rozhovorů ukazatele sociálního prostředí dětí (tzn. vzdělání rodičů, socioekonomická situace apod.). Zohledněna byla také data k tématu vystavení dětí pasivnímu kouření rodičů doma a v autě. V další fázi bylo 766 jedenáctiletých dětí dotazováno, jak moc se s nimi doma probírá kouření, jaké na ně mají rodiče názory, jaké zkušenosti s ním děti učinily a také, jak jsou rozhodnuty se ke kouření postavit do budoucna. Ze zajímavých nálezů vyplývá, že **úroveň vzdělání rodičů prokazatelně negativně korelovala s tím, jak moc bylo dítě vystaveno pasivnímu kouření.** Z celé skupiny 67% dětí doposud nemělo zkušenost s kouřením, zatímco 15% již kouřilo opakovaně - na tuto položku se ale neprokázal

signifikantní vliv úrovně vzdělání rodičů. **Děti, které však nežily s oběma biologickými rodiči, častěji uváděly kuřácké pokusy a zároveň byly méně často rozhodnuté v budoucnu nekouřit.**

Ve starším výzkumu Hrubé a Žaloudíkové (2008) se vyjevilo, že více než tři čtvrtiny všech dětí zařazených v preventivním programu byly vystaveny tabákovému kouři ze strany člena širší rodiny - a čím více kuřáků v rodinném okruhu bylo, tím častěji byly děti (tentokrát žáci prvních tří tříd základní školy) v kontaktu s kuřáckým náčiním, aktivitami a některé dokonce kupovaly nebo i zapalovaly příbuzným cigarety. Výsledkem studie bylo zjištění, že **děti z kuřáckých rodin jsou více rezistentní vůči snahám školy o protikuřácké činnosti a programy**, jejichž efekt je tímto faktem značně redukován.

Významností vlivu pouhé matky na kuřáctví potomka se zabývali mimo jiné Lieb, Schreier, Pfister a Wittchen (2003). Na základě čtyřletého pozorování skupiny čítající 938 14-17 letých respondentů studie týkající se raných projevů poruch osobnosti potvrdili, že **děti matek-kuřáček jsou více náchylné k budoucí závislosti na tabáku**. Mimořádné riziko navíc vyvstalo, pokud matky kouřily v průběhu těhotenství.

Desetileté sledování 6000 dětí ze škol v hrabství Derbyshire v Anglii odhalilo, že 70% z nich zkoušelo kouřit a celých 40% se považovalo během školní docházky za pravidelné kuřáky. Zvýšené riziko nastalo, pokud děti v roce mezi 11,7 a 12,7 lety měly bratra-kuřáka, přítele opačného pohlaví, pokud se příliš nezajímaly o své zdraví a snadno podléhaly vrstevnickému tlaku (Swan, Creeser & Murray, 1990). Zejména nález týkající se faktoru výskytu přátel a partnerů opačného pohlaví nám může usnadnit pochopení, proč na této věkové úrovni kouří v posledních letech zejména v Evropě a v Severní Americe již téměř stejné procento dívek i chlapců (zatímco u dospělých je poměr 1,6:1 respektive 1,8:1, u adolescentů je to v obou případech 1,2:1, WHO, 2003).

O tom, jakým způsobem mládež cigarety získává, nás informují například Thakur, Rosenthal, Latta, Robinson a Diamond (2003), kteří zjistili analýzou

kuřáckého chování pennsylvánských žáků šesté až dvanácté třídy, že **k největšímu nárůstu prevalence kouření dochází mezi šestou a devátou třídou** a že **nejběžnějším zdrojem kuřiva jsou kamarádi**, pouze u nejstarších žáků je nejfrekventovanější možností nákup cigaret v obchodě. Protože se i v této poslední kategorii jedná o mladistvé, je zřejmé, že doposud neexistuje spolehlivá síla, která by prodeji cigaret osobám mladším 18 let mohla zamezit, přestože by se jistě jednalo o jednu z velmi spolehlivých cest prevence.

Jaké cigarety děti kouří a jaký má jejich volba vliv na stupeň fyzické závislosti na nikotinu, která se pomalu utváří? Ve studii z roku 2007 autorky Wackowski a Delnevo u vzorku 1345 žáků 9.-12. třídy (tj. ve věku asi od 14 do 17 let), pravidelných kuřáků (definovaných zde jako těch, kteří kouřili v posledních 30 dnech a zároveň alespoň 100 cigaret za celý život) zjistily, že **46% z nich sahá po mentolových cigaretách jako možnosti první volby**. Všem mladistvým kuřákům byl ve školách administrován National Youth Tobacco Survey (NYTS), kde autorky zajímaly především 4 dimenze závislosti - jak dlouho vydrží nekouřit, do jaké míry pociťují bažení, nekouří-li několik hodin, jak moc jsou za takových okolností neklidní a za jak schopné přestat kouřit, kdyby chtěli, se považují. Byl jim zadán rovněž FTND (Fagerströmův test nikotinové závislosti), který je popsán v kapitole 2.3.4 - Diagnostika závislosti na tabáku.

Ukázalo se, že **dětsí kuřáci mentolových cigaret skórovali jako 1,6-2,6x více fyzicky závislí než ostatní**. Tato studie dokládá, že „mentolky“, oblíbené mezi adolescenty i u nás (empiricky vzato), skutečně mohou vyvolávat vyšší stupeň závislosti. I proto se v USA v roce 2011 rozpoutal boj o jejich naprosté stažení z prodeje, který však doposud neskončil s jasným výsledkem (Young, 2011).

Byly provedeny také studie mapující souvislosti mezi kouřením a životním stylem dětí. Hrubá, Žaloudíková a Matějová se zaměřily na **žáky základních škol do 10 let věku** z hlediska kuřáctví a jídelních návyků. Z celkem 1082 dětí již čtvrtina zkoušela kouřit a 7% tak činilo pravidelně. Přitom **polovina z nich dostala svou první cigaretu doma**, tzn. od rodičů, prarodičů nebo sourozenců, a mnoho z těchto mladých kuřáků mělo k cigaretám nekontrolovaný a neomezený přístup. Další

třetina těchto dětí dostala první cigaretu od kamarádů a 4% si ji dokonce sama koupila. **Děti - kuřáci častěji konzumovaly alkoholické nápoje** než děti - nekuřáci (81% versus 32%), jedly větší množství slaných pochutin (brambůrky, oříšky, kreky) a nezdravého jídla a rychlého občerstvení obecně (2010).

Kouření cigaret má u části společnosti obecně a zejména u mládeže často auru smyslnosti a zvýšené fyzické atraktivity, což je (i přes dnes již omezený výskyt kouření ve filmech) značně podporováno médii. Proto další oblastí, v níž si můžeme u mladých lidí povšimnout spojitosti, je kouření a riskantní sexuální chování. Na symbolické úrovni můžeme evidovat mnohé podobnosti, jako je zapálení cigarety druhou osobou a jejich fyzické sblížení, pomalé vyfukování kouře jako výraz erotického nastavení apod. Právě u mládeže, jíž je charakteristickou probouzející se sexualita, může být toto spojení velmi silné. Navíc anorektický účinek nikotinu přispívá k žádoucí vyhublosti zejména u dívek - kuřáček, čímž se některé - přinejmenším ve vlastních očích - stávají sexuálně přitažlivějšími (Lowenstein, 2007).

Sussmanova metaanalýza, shrnující závěry z 29 výzkumů zaměřených právě na současný výskyt kouření a projevů rizikového sexuálního chování (tj. nechráněné styky, časté střídání partnerů apod.) naznačuje, že by obě aktivity mohly mít společnou impulsivně-kompulsivní etymologii. Významným rizikem, spojeným se současným výskytem obou druhů chování, je zvýšená pravděpodobnost utrpení emočního a fyzického strádání v nízkém věku - mladí rizikově - sexuálně aktivní kuřáci častěji vypovídají nižší vnímanou kvalitu života, sebevědomí a větší stupeň odcizení a depresivity než ti, kteří vykazují pouze jeden z daných vzorců chování. Zatím není zcela jasné, jakým směrem vede kauzalita - zda kouření ve spojení s výskytem sexuálních aktivit ovlivňuje sebepojetí a emoce dítěte, nebo zda se naopak jedná spíše o různé prostředky manifestace existujících, avšak v jiných ohledech skrytých příčin, jako je například obecná „problémovost“ dítěte (Sussman, 2005).

2.2 DIAGNÓZA F17.2

Příčin kouření je, jak jsme viděli, celá řada a bylo by velmi zjednodušující a dokonce nepřesné tvrdit, že se jedná o pouhý společensky nežádoucí zlovyk, k jehož kýženému odstranění „přece stačí trocha silné vůle“. Z pohledu odborníka je nezbytné tento fenomén vnímat komplexněji - a nezavírat oči před pohledem klinicko psychologickým - medicínským, totiž že nikotinismus je diagnostikován z hlediska psychiatrie - adiktologie jako typ dependence - dle Mezinárodní klasifikace nemocí WHO jako **diagnóza F17.2 - Syndrom závislosti na tabáku** - ten zahrnuje především silnou touhu - bažení - po látce, potíže se sebeovládáním při jejím nedostatku, výskyt tělesného odvykacího stavu, nástup tolerance k účinku látky, postupné zanedbávání jiných potěšení a také pokračování v užívání drogy přes její průkaznou škodlivost (2008).

Tento úhel pohledu, v našem sociokulturním prostředí doposud stále poněkud nezvyklý, má své opodstatnění a **domnívám se, že výhodou přístupu k závislosti na tabáku jako k nemoci, je předpoklad, že ji lze, více či méně úspěšně, léčit.** Dříve, než se pokusím uvést argumenty, svědčící ve prospěch tohoto přesvědčení, bych ráda vyjasnila ty související termíny, které nám usnadní pochopení paralely mezi závislostí nikotinovou a jinými.

Návykovou látkou označujeme dle trestního zákona „... *alkohol, omamné látky, psychotropní látky a ostatní látky způsobilé nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování*“ (Česko, 2009), nicméně v obecné mluvě považujeme návykové látky obecně za psychotropní, tedy takové, které mají **psychotropní účinek**, tzn., že působí na centrální nervový systém, zejména pokud se jedná o změny nálad, vnímání, myšlení, podráždění, útlumu a chování. Psychotropní látka je více či méně škodlivá (jedovatá), protože narušuje normální činnost nervových buněk. Je také v různé míře omamná. **Návyk** vzniká opakovaným užíváním drogy tím rychleji, čím je droga účinnější. Účinnost závisí na tom, jak osobnost drogu „vnímá“ a jak je vůči této

dávce vulnerabilní. Na některé látky vzniká závislost již po několika užitích, u jiných to trvá měsíce či léta (Drogy: Používaná terminologie, n.d.).

Jsme-li však ochotni připustit, že se v případě nikotinu jedná o návykovou látku a tedy, že při jejím zneužívání jde podle definice výše uvedené v indikovaných případech o závislostní chování, souhlasíme tedy, že jde o **nemoc ve smyslu diagnózy syndromu závislosti**. V našem, západním pojetí medicíny věříme, že je opodstatněné klasifikovat nemoci s cílem najít a přiřadit vhodnou cestu intervence. Nejinak je tomu i u závislosti na tabáku, u které se snažíme postihnout zejména dvě její vzájemně velmi provázané složky - závislost fyzickou a psychosociální, někdy také označované jako behaviorální.

2.3 PRINCIP FYZICKÉ ZÁVISLOSTI

Po určité době se začíná u kuřáka objevovat **fyzická, drogová nebo také biochemická závislost** na principu zmnožení alfa-4/beta-2 acetylcholinergních nikotinových receptorů v mozku v reakci na kontakt s návykovou složkou cigarety - nikotinem.

Snadnost či rychlost, s jakou k tomu dojde, je dána geneticky - stavbou těchto receptorů a dalších vrozených dispozicích. Bohužel se jejich počet už během života nezmenší a proto naprostá většina těch, kdo jednou byli závislí na nikotinu, už nemůže být příležitostnými kuřáky (Krménčík, 2011).

Jak uvádí ve své publikaci Jak přestat kouřit MUDr. Eva Králíková, bývalá náruživá kuřáčka, fyzická závislost na nikotinu se většinou vyvíjí během dvou let pravidelného kouření. Nedochází k ní nutně u všech, ale ti, kteří zůstanou příležitostnými, svátečními kuřáky, je nanejvýš 15 % (Králíková & Kozák, 1997). Pro zajímavost uvedme, jak uživatelsky srozumitelně a přitom správně vznik závislosti popisují autoři informačního webu pro pomoc při odvykání kouření bezcigaret.cz, který spravuje Česká koalice proti tabáku:

Nikotin se z plic absorbuje do krve a již po 10 s od vdechnutí kouře se dostává do mozku. Tam se naváže na nikotinové receptory (receptory alfa4beta2), což přinese pocit odměny a štěstí nebo pocit požitku (na principu uvolnění dopaminu). Proto kuřáci popisují kouření jako požitek: „cigareta mi chutná“. Pravidelným užíváním nikotinu dojde v mozku ke zmnožení receptorů alfa4beta2 pro tuto chemickou látku, což vede ke vzniku závislosti. Pokud si tedy kuřák nezapálí, nedochází ke stimulaci receptorů nikotinem a dostávají se abstinenční příznaky” (Česká koalice proti tabáku, n.d.).

I Králíková potvrzuje, že vznik a síla závislosti obecně a tedy i té na nikotinu se odvíjí od rychlosti vstřebávání látky a těsnosti vazby „dávka – účinek”.

Vlivem nikotinu se mohutně vyplavuje dopamin v nucleus accumbens. Navíc se do tabákových výrobků přidávají stovky aditiv (čpavek, nitrosaminy, látky zvyšující syntézu inhibitorů monoaminooxidázy), které závislost ještě podporují (Králíková, 2011).

Nikotin kromě dopaminu ovlivňuje i vylučování dalších neurotransmiterů. V následující přehledné tabulce č. 1 je stručně popsáno, na které přenašeče vzruchů má nikotin vliv a jaký účinek jejich prostřednictvím vyvolává:

NEUROTRANSMITER	EFEKT
Dopamin:	potěšení, potlačení chuti k jídlu
Acetylcholin:	vzrušení (nabuzení), stimulace kognitivních funkcí
Serotonin:	změna nálady, potlačení chuti k jídlu
Norepinefrin (noradrenalin):	vzrušení, potlačení chuti k jídlu
Vasopresin (antidiuretin):	zlepšení paměti
Beta-endorfin:	snížení napětí a úzkosti

tabulka č. 1 - vliv nikotinu na přenašeče nervových vzruchů

(University of Minnesota, 2003).

Rozvoj tolerance a zhoubný vliv tabáku na mnoho složek života jeho uživatele shrnuje příspěvek Slezáka, Ryšky a Kosorínové z Lékařské fakulty v Hradci Králové, kteří se kouřením dlouhodobě výzkumně zabývají:

Nikotin je návykovou látkou se všemi úrovněmi závislosti (tzv. behaviorální typ závislosti se složkou fyziologickou, psychologickou, sociálně kulturní). Vyvíjí se však na něj silná tolerance vyžadující zvýšení dávky nikotinu pro dosažení účinku předchozích nižších dávek, avšak abstinenci příznaky objevující se při odvykání kouření jsou jen mírné. Téměř všeobecné podceňování nebezpečí plynoucího z požívání nikotinu a obecná tolerantnost vůči kuřákům i velice snadná

dostupnost tabákových produktů činí z tabáku společenskou drogu, dále negativně modifikující způsob života kuřáků (Slezák et al., n.d.).

2.3.1 MECHANISMUS ÚČINKU

Jedinou návykovou látkou ze čtyř až pěti tisíc detekovaných chemických složek tabákového kouře je nikotin. Jedná se vlastně o **jedovatý alkaloid**, obsažený v listech rostlin rodu *Nicotiana* (0,6 – 6%), který se při zapálení sušeného tabáku uvolňuje v plynném skupenství do kouře a prostřednictvím dýchacích cest proniká dále do organismu - pro malou velikost svých molekul dokáže proniknout až na úroveň plicních sklípků a odsud do krevního oběhu. V našem právním řádu je vyhláškou č. 344/2003 Sb. zakotveno, že „... obsah nikotinu v cigaretách uváděných do oběhu nesmí být vyšší než 1 mg na cigaretu” (Česko, 2003).

Větší část nikotinu se spálí a další může být zachycena koncem cigarety a cigaretovým filtrem, avšak okolo 30% z původního množství přechází do úst kuřáka. Zajímavé rozdíly jsou pozorovány u kuřáků tabáku, kteří kouř vdechují do plic - „šlukují” - a těch, kteří jej pouze vychutnávají v ústech (nejčastěji kuřáci doutníků). Při kouření do úst se vstřebává pouhých 5 %, při mírné inhalaci až 70 % a při inhalaci se zadržením dechu 95 % z uvedeného množství. Záleží i na typu spalovaného tabáku:

Při kouření kyselého tabáku z cigaret a některých dýmkových tabáků se přivádí nikotin ve formě solí, které pokud nejsou dostatečně inhalovány (šlukovány) jsou opět vydechovány. Kouř z cigaret tedy musí kuřák vtáhnout až do plic, aby se mohl nikotin vstřebat. Naproti tomu zásaditý kouř (doutníky) obsahuje nikotinové base, které se dobře vstřebávají z dutiny ústní. Kuřáci doutníků proto nemusí inhalovat, aby dosáhli dostatečně vysoké dávky nikotinu (Krménčík, 2011).

2.3.2 INTOXIKACE

I zmíněné množství nikotinu vstupujícího do organismu má mnoho výrazných účinků. Při akutní intoxikaci nastává bledost, studený pot, nutkání na zvracení, závrať, bolest hlavy (Bečková & Višňovský, 1999).

Po přijetí větší dávky nikotinu začíná proces počáteční nevolnosti s prudkým dýcháním, zvracením a prostrací, následuje třes, křeče nebo záchvaty, smrt nastává v důsledku periferního ochrnutí dýchacího svalstva. Dávka 40-60 mg nikotinu je spolehlivě smrtelná do 10 minut a jejím účinkům nelze zabránit. Kvůli lehké dostupnosti, bývá často prostředkem sebevražd. Jistou roli zde však hraje i poměrně rychle vznikající tolerance, která se může během doby zvýšit o dvojnásobek až trojnásobek. Tato zvýšená tolerance může vymizet při horečnatých onemocněních, při organických poškozeních mozku nebo při těžké anémii (Krmenčík, 2011).

Naopak mezi objektivně pozorovatelné žádoucí účinky nikotinu patří jeho vliv na zvýšení sekrece beta-endorfinů (viz tabulka č. 1, str. 46), látek podobných morfiu, jejichž vyplavení způsobuje příjemné pocity, zvýšení prahu bolesti, urychlení střevní peristaltiky (Králíková & Kozák, 1997). Další libé pocity pramení z působení nikotinu na receptory neurotransmiterů, například acetylcholinu. Nervové spoje, které jej uvolňují, slouží také ve funkci „aktivátorů mozkových hemisfér” - tedy jsou zodpovědné za myšlení. Proto se setkáváme s výpovědí kuřáků, že při kouření „jim to lépe myslí” (Iversen, 2006). „Nikotin ovlivňuje téměř celý endokrinní systém (...), především zvyšuje uvolňování katecholaminů, kortikosteroidů, pituitárních hormonů i beta-endorfinů. To vše ovlivňuje náladu a chování kuřáka, podporuje motivaci k dalšímu kouření a kuřáckému životnímu stylu. Kouření se stává pravidelnou, nutkavou potřebou, nelze je už ovlivnit vůlí” (Králíková & Kozák, 1997, s. 53). Mezi další vyhledávané účinky nikotinu patří jeho uklidňující efekt, který je vysvětlován inhibicí mozkového enzymu cholinacetylasy. Navíc sama aktivita kouření dokáže odvést pozornost, což při duševní práci, stresu nebo vypětí znamená odpočinek.

Nikotin je však také mitotický jed, postihující buněčné jádro a schopný přecházet i skrze placentu na plod a do mateřského mléka. Zvyšuje dráždivost centrálního nervstva a pak je ochrnuje. V menších dávkách zvyšuje sekreci slin, žaludečních šťáv a potu, zesiluje peristaltiku a tonus děložního svalu (Krménčík, 2011). Je to stimulans, aktivuje organismus a bývá mu tak přičítána i schopnost zvyšovat soustředění - nicméně ta bývá také důsledkem principu odstranění běžných abstinčních příznaků - nesoustředěnosti a napětí - způsobených poklesem hladiny nikotinu v organismu kuřáka. Záleží na individuální vnímavosti, stavu mozkových receptorů, ale zejména na dávce nikotinu, kterou si kuřák, často intuitivně, dopřeje - malé množství působí stimulačně, větší dokáže uklidnit.

Cyklus závislosti na nikotinu můžeme popsat na příkladu denního koloběhu kuřáka. Na jakkoliv příjemné pocity, které stojí ze začátku dne za zapálením první cigarety, se začíná postupně rozvíjet tolerance. Další cigaretu si závislý kuřák dopřává, když už pociťuje její nástup. Nikotin se akumuluje v těle a tolerance dále narůstá, zatímco však primární efekt - euforizace - slábne. Po celonoční abstinenci se účinnost efektu nikotinu navrácí do původního stavu (Iversen, 2006). Zde odkrýváme hlavní princip závislosti - postupně je zapotřebí čím dál tím větší počet cigaret a v nich obsaženého nikotinu k tomu, aby byly dočasně zaplašeny hlavní motivy pokračující závislosti - abstinční příznaky.

2.3.3 ABSTINENČNÍ PŘÍZNAKY

Abstinční příznaky pramení z nedostatku nikotinu v některých centrech mozku z poklesu jeho hladiny v krevním řečišti. Bývá tomu tak především ráno po probuzení, kdy závislý uživatel po dobu několika hodin nekouřil (poločas rozpadu nikotinu je kolem 60-120 minut, proto se abstinční příznaky mohou objevovat už po hodinách od poslední dávky, Králíková & Kozák 1997). Jakmile si zapálí kýženou „první ranní“, okamžitě zpevňuje vazbu mezi bažením a satisfakcí a kruh závislosti se uzavírá. Pokud si však odvykající kuřák tuto a jakoukoliv další cigaretu vědomě odepře, začíná vazba postupně slábnout, až se nakonec zcela přeruší. To však může trvat poměrně dlouhou dobu, snad je něco pravdy na lidovém tvrzení, že opravdové odvykání kouření je úspěšné po uplynutí alespoň poloviny doby, kterou

člověk ze svého života prokouřil. Leccos nám napoví také princip kognitivně behaviorální terapie, který pracuje s možností zafixování naučeného na základě 1500-2500 opakování.

Nejčastějšími abstinenčními příznaky kuřáků jsou silná touha po cigaretě (craving), nervozita, neschopnost koncentrace, podrážděnost, frustrace, zlost, pocity úzkosti, depresivní nálada, bolest hlavy, nespavost, zvýšená srdeční frekvence, zácpa. Abstinenční příznaky se objevují řádově za několik hodin po poslední dávce nikotinu a z toho se vychází i při diagnostikování závislosti. (...) Fyzická závislost může později u kuřáků silně závislých hrát stále podstatnější roli, dokonce je popisován i tzv. preabstinenční tabákový syndrom, kdy se kuřák probudí ve 3 či ve 4 hodiny ráno a musí si dát cigaretu, aby mohl dál spát (Krmencík, 2011).

Fyzické abstinenční příznaky bývají u nikotinu běžně podceňovány. Je to odvrácená strana mince vysoké společenské tolerance, které se kouření neprávem dostává. Vždyť přece, je-li něco legální, obecně přijímané a natolik masově rozšířené jako tabák, nechce se nám věřit, že by se mohlo jednat o závislost ve smyslu drogové dependence a s ní spojených úskalí. Vždyť přece, toxikoman, prožívající to, čemu se lidově říká „absták“, odvykací stav, vypadá docela jinak. Navzdory obecně rozšířené představě o tom, co jsou abstinenční příznaky a koho mají potkat, se s nimi, často ke svému překvapení, setkává v různé míře každý odvykající fyzicky závislý kuřák. Jak uvádějí Bečková a Višňovský,

„... ačkoliv se o závažnosti tabakismu jako o toxikomanii a často i o existenci tohoto typu pochybovalo, dnes je názor na celou problematiku jiný. Jako abstinenční příznaky po přerušení kouření se uvádí touha po tabáku, malátnost, úzkost, dysforie, podrážděnost, neklid, zhoršení koncentrace, nespavost, zvýšená chuť k jídlu, zesílení kašle. Nic z toho neohrožuje základní životní funkce. Může to ale značně znepríjemnit život bývalého kuřáka“ (1999, s. 107).

Dodejme, že tyto dyskomfortní stavy často dokáží „nahlodat” třeba i zpočátku silnou motivaci přestat kouřit a značně přispívají k přerušení zamýšlené abstinence. Podle zkušeností MUDr. Králíkové je doba trvání těchto obtíží (k nimž přičítá i zvýšenou chuť k jídlu a s ní spojené přibývání na váze) individuální a není možné ji předem předpovědět, nicméně je jisté, že dříve či později všechny z nich odezní. Uvádí se, že nejnáročnější je překonat období prvních tří dnů, dále tři týdnů a tří měsíců. Intenzita potíží spojených s odvykáním přitom pravděpodobně do velké míry souvisí se závažností vlastního rozhodnutí přestat kouřit (Králíková & Kozák, 1997).

2.3.4 DIAGNOSTIKA ZÁVISLOSTI NA TABÁKU

Říká se, že závislý na tabáku je každý kuřák, který má problém přestat (Společnost pro léčbu závislosti na tabáku, 2010). K hodnocení míry této závislosti nám slouží kromě nástrojů klinických i několik dotazníkových, většina z nich doposud pouze v anglické verzi, nicméně alespoň první dva uvedené jsou k dispozici díky iniciativě MUDr. Králíkové a jejího týmu nyní i v češtině.

K orientačnímu posouzení závažnosti nikotinové závislosti spíše než k diagnostice v pravém smyslu slova používáme Fagerströmův test (**FTND - Fagerström Test for Nicotine Dependence**, Fagerström, 1978, viz příloha), šestipoložkový strukturovaný rozhovor / dotazník, který byl v roce 1991 byl revidován (Heatheron, Kozlowski, Frecker & Fagerström, 1991). V České republice se s ním pracuje až od roku 2004, kdy jej přeložila a v článku Závislost na tabáku a možnosti léčby popsala MUDr. Králíková (2004). Nástroj je možno využít také ve skupině adolescentů, pro niž existuje v upravené verzi (Nonnemaker & Homsí, 2007). Dotazník se zaměřuje na popis kuřáckého chování, nikoliv motivů, a stručně se ptá po frekvenci kouření, počtu vykouřených cigaret, výskyt silné vazby na první ranní cigaretu a další kuřácké eventuality. Nepokrývá však již počet neúspěšných pokusů přestat kouřit či výskyt odvykacích příznaků aj., jeho obsahová validita je proto považována za poměrně nízkou. Nicméně je velmi rozšířený a pro jeho vysokou výpovědní hodnotu při snadné administraci a rychlosti zpracování byl využit i v naší studii.

V průběhu zkoumání validity FTND se ukázalo, že dvě ze šesti otázek mají mnohem větší výpovědní hodnotu než zbylé čtyři (Jak brzy po probuzení si zapálíte svou první cigaretu? a Kolik cigaret denně kouříte?). Z nich byla sestavena zkrácená verze Fagerströмова testu, která se v zahraničí nazývá **HSI - The Heaviness of Smoking Index** (Borland, Yong, O'Connor, Hyland & Thompson, 2010).

Alternativním měřítkem je desetipoložkový **HONC - The Hooked on Nicotine Checklist**, který u adolescentů ve věku 12-15 let měří stupeň ztráty kontroly nad kouřením. Uvádí se u něj test-retestová reliabilita po jednom týdnu 0,61 a po 14 dnech 0,75 a vysoká vnitřní konzistence (Cronbachovo alfa = 0,91). Ačkoliv normy jsou vytvořeny na populaci amerických adolescentů, uvádí autor možnost jeho využití vzhledem ke skladbě otázek i pro dospělé kuřáky (O'Loughlin et al., 2002; Wellman et al., 2006). Novějším dotazníkem stejného týmu autorů je **AUTOS - The Autonomy Over Smoking Scale**, který se vyskytuje ve dvanáctipoložkové verzi a je vhodný pro využití při pomoci v odvykání kouření, protože zahrnuje nejen znaky fyzické závislosti, ale také psychické a postihuje i situační proměnné. Vyznačuje se vysokou vnitřní konzistencí a test-retestovou validitou. Jeho hlavní výhodou je, že může být využit i pro vedení po případném relapsu (SRNT Europe, 2011).

Nejen klinicky, ale i výzkumně je zaměřen další nástroj, který indikuje fyzickou nikotinovou závislost, **CDI - The Cigarette Dependence Scale**. Existuje v anglickém a francouzském jazyce ve verzi s pěti, dvanácti a patnácti otázkami. Věnuje se na rozdíl od výše zmíněných dotazníků také odhadu ohledně vlastní závislosti a schopnosti ji ukončit. Bývá hodnocen jako užitečný při výběru vhodných pacientů do programů odvykání kouření (Etter, Houezec & Perneger, 2003).

NDSS - The Nicotine Dependence Syndrome Scale je nejdelším, devatenáctipoložkovým dotazníkem, který usiluje o postihnutí všech známých dimenzí tabákové závislosti - a) *drive*, část, která zjišťuje bažení (craving) a subjektivní posouzení nutkání, b) *priority*, behaviorální preference kouření nad ostatními činnostmi, c) *tolerance*, snížená citlivost na účinky kouření, d) *kontinuita*, pravidelnost kouření a e) *stereotypie*, rigidita vzorců kouření a „tendence kouřit

nehledě na okolnosti”. Sečtením jednotlivých skóre získáme souhrnný výsledek pro závislost na tabáku. Tato škála byla ověřena na populacích dospělých a mladistvých kuřáků (SRNT Europe, 2011).

V našich poradnách pro léčbu závislosti na tabáku nacházejí kromě somatických testů uplatnění i další klinické i výzkumné dotazníky sloužící například ke zjištění rozsahu poškození způsobeného kouřením na konkrétní funkce organismu (MRC - Medical Research Council Dyspnea Scale), k indikaci budoucích možných úskalí odvykání (Meyers 11 item Weight Concerns Scale) nebo rizika rozvoje dalších psychických onemocnění (BDI - Beck Depression Inventory).

2.4 PSYCHOSOCIÁLNÍ - BEHAVIORÁLNÍ ZÁVISLOST

Psychické, sociální, behaviorální a situační faktory podporují fyzickou - drogovou závislost. Může se jednat o situace pozitivní (relaxace, telefonování, pracovní pauza), ale i negativní (stres, rozčilení), které připomenou dobře naučený a zažitý zvyk zakouřit si. Psychosociální závislost na cigaretě bývá tou složkou, jejíž rozvoj začíná vlastně již první cigaretou a je tak delšího trvání než závislost fyzická.

Složka psychosociální převládá nad složkou toxikomanickou, ta převládne až po určité době. Závislost psychosociální se projevuje potřebou mít v ruce cigaretu, manipulovat s ní, hrát si s ní, dívat se na ladné vinutí kouře a podobně. Je to závislost na cigaretě jako takové, na předmětu, bez ohledu na účinné látky. Doba, za jakou tato závislost vznikne je různá, míra závislosti na nikotinu není přímo úměrná době kouření. Touto závislostí kouření začíná a lze ji popsat u každého kuřáka (Krménčík, 2011).

Na sociální úrovni může cigareta sloužit jako předmět nebo prostředek komunikace, překonání osobních bariér s kolegy, partnery nebo s neznámými lidmi (slangově se proto občas označuje jako „sociální lubrikant“), bez ohledu na obsah nikotinu. Cigareta se zejména v adolescenci stává vstupenkou do určité sociální skupiny, je těžké přátelit se s kuřáky a nezkusit to taky. Vše souvisí s rituály nabízení cigaret, zapalováním, společnou aktivitou, tématem, pocitem spolenectví. Na sociální úrovni většinou závislost začíná.

Psychická složka závislosti, která také nemá nic společného s chemickým složením cigarety, vzniká postupně tím, jak se s ní kuřák učí žít, prochází s ní - doslova - v ruce nespočtem situací - jedna ve společnosti, druhá ve stresu, další při relaxaci, po jídle, ke kávě atd. Vytváří si často i několik různých vlastních kuřáckých prostředí, rituálů, které v průběhu své závislosti upevňuje. Ty se pak donekonečna opakují, až se nakonec stanou těžko postradatelnými. Zároveň se na této úrovni závislosti, jako u každého správného rituálu, postupně vytrácí původní obsah

(důležitost nikotinu), ale forma zůstává a tak se stává prázdným stereotypem. Zkrátka v průběhu času se cigareta stala neoddělitelnou součástí každodenního života a kouření se z původního výjimečného požitku stalo elementem, který nyní kontroluje kuřákův život, avšak který přesto nebývá nenáviděn, ale hájen.

Jako by u kuřáků docházelo k rozvoji paralely se Stockholmským syndromem - citovým zaangažováním se ve vztahu ke svému únosci. Přestože podle evropského programu iCoach (který má s koučinkem jako námi popsanou metodou málo společného, jedná se o systém virtuální podpory odvykajícím kuřákům prostřednictvím edukace a rad) a dalších zdrojů **by racionálně rádo přestalo 7 kuřáků z 10** (Evropská komise, 2010; CDC, 2012), podnět k tomu často nevychází zevnitř, ale bývá vnější a nadto spíše negativního charakteru - všudypřítomné informace o hrozící zdravotní újmě, rostoucí cena cigaret a jiné faktory často nakonec, přinejmenším dočasně, účinkují spíše opačně a přimykají kuřáky paradoxně blíže k jejich zhoubě. Ta totiž skýtá jistotu, známost, bezpečí a pocit kontroly, ať již skutečné či pouze imaginární. A kdo by se s takovými aspekty chtěl loučit?

Jak také správně uvádí v knize *Drogy a společnost* prof. MUDr. Alojz Janík, „... *psychická závislost nutí kuřáka, aby nadále kouřil, jinak má pocit, že mu v životě něco chybí, je nervózní a neklidný*” (1990, s. 54).

2.4.1 MOTIVACE PŘESTAT

Jak uvádíme výše, přinejmenším 70% stávajících kuřáků by chtělo přestat kouřit. Jejich důvody bývají dosti podobné, což není příliš překvapivé, uvědomíme-li si negativní dopady na život uživatelů. Bývají to nejčastěji důvody zdravotní, finanční a společenské, které nás na racionální úrovni přesvědčují. Dalším častým motivem bývá snaha vymanit se závislosti a být svobodný. Důvodů pro velkou změnu životního stylu je nespočet a proti nehraje téměř nic... Zásadní nejasností tedy zůstává, odmyslíme-li si případnou silnou fyzickou závislost, s níž však dnes umíme poměrně účinně bojovat (viz 2.5.1) proč zůstává tolik kuřáků, kteří by chtěli přestat, kuřáky i nadále?

Pro většinu z nich totiž rozhodnutí přestat kouřit znamená podle Prochaskova a DiClementeho transteoretického modelu projít (často opakovaně) pět stádií:

- I. **prekontemplace**, kdy si kuřák zacpává uši před každou zprávou o negativních účincích kouření, namlouvá si, že se jej netýkají a že jeho kouření nikomu neškodí
- II. **kontemplace**, kdy si již připouští, že je kouření škodlivé, drahé, obtěžující pro okolí a obecně negativní
- III. **příprava**, kdy si uvědomuje, že výhody zanechání kouření převáží nad nevýhodami, začíná se zajímat o možnosti odvykání, zkušenosti ostatních, rozhoduje se přestat
- IV. **akce**, kdy přestává kouřit
- V. **setrvání**, kdy zůstává bývalým kuřákem, případně nekuřákem (Králíková & Kozák, 1997; Prochaska & DiClemente, 1983, 1984).

Nicméně, jak dlouho bude každé ze stádií trvat a zda se vůbec mezi nimi dokáže posunout je záležitostí velmi individuální. Faktem je, že jen malé procento kuřáků přestane napoprvé, kdy to zpravidla zkoušejí bez intervence. To jim dává asi tříprocentní šanci na úspěch (Česká koalice proti tabáku, n.d.). Dostávají se tak opět na začátek, do prekontemplačního stadia, aby se celý koloběh opakoval. Jsou však vyzbrojeni něčím, co poprvé neměli - zkušeností toho, jak znovu začali kouřit, která je k nezaplacení. Sami si totiž většinou vyzkoušeli, že stačila jediná zrádná cigareta k tomu, aby se zřekli původního rozhodnutí nekouřit. Protože podstatou závislosti je nutková potřeba dopravit si drogu, nad kterou uživatel postupem času ztrácí kontrolu, lékařská komunita zastává názor, že pro většinu lidí není udržitelné dlouhodobě užívat ani tabák kontrolovaně. Rozhodnutí přestat kouřit tak znamená, že je nutné nezapálit si již nikdy ani jednu cigaretu. A to může znít zprvu, po letech, kdy je bílé trubičky provázely životem, opravdu nerealisticky a děsivě.

2.5 MOŽNOSTI INTERVENCE

Cílem léčby je pro motivovaného pacienta úplná abstinence, která je spojená s významným snížením zdravotních rizik, která s sebou kouření přináší. Na výběr i pro vytváření kombinací se nabízejí následující možnosti:

2.5.1 FARMAKOLOGICKÁ INTERVENCE

V současné době disponujeme třemi hlavními variantami farmakologické pomoci na nikotinu závislým odvykajícím kuřákům. Na úvod je však třeba zmínit, že se jedná pouze o chemickou - lékovou podporu v boji s abstinenčními příznaky, jimiž se při odebrání nikotinu demonstruje fyzická složka závislosti na tabáku a které často mají za následek snížení chuti do dalšího odvykání. Nejzásadnější však zůstává klientovo rozhodnutí k převratné změně životního stylu a jeho motivace, vůle vytrvat a překonat nástrahy závislosti psychosociální, kterou léky nemohou ovlivnit. Nicméně velkou výhodou využití farmakologických prostředků při odvykání kouření je fakt, že dokáží utlumit nepříjemné příznaky fyzické abstinence a klientovi tak poskytneme usnadnění ve chvíli, kdy potřebuje mnoho energie pro vypořádání se s úskalími závislosti na ostatních úrovních.

Léky indikované při odvykání kouření můžeme rozdělit do několika skupin. Zvolíme-li za kritérium důležitou dostupnost, můžeme hovořit o následujících dvou kategoriích:

a) léky k dostání bez lékařského předpisu:

Do této skupiny zahrnujeme tzv. nikotinové náhražky, tj. přípravky, které obsahují nikotin a slouží k substituční terapii po vysazení cigaret. V České republice jsou v prodeji tři typy substitucí - nikotinové žvýkačky s obsahem 2 a 4mg, náplasti a inhalátory. Důležitá je jejich neslučitelnost s dalším kouřením, protože by tak snadno mohlo dojít k předávkování nikotinem a navíc by taková léčba nebyla smysluplná. Proto se při odvykání nasazují až ode dne, kdy si již kuřák další cigaretu nezapálí.

Jejich princip spočívá v poskytnutí náhradního zdroje čistého nikotinu, který není vázán na spalování a v jeho důsledku vytváření nežádoucích toxických a karcinogenních látek. Dávka nikotinu se postupně snižuje, až je nakonec zcela eliminován. Uvádí se, že pro účinnost léčby je nutné vytrvat v užívání substitucí po dobu alespoň tří měsíců, i kdyby se stalo, že nejhorší stav odezněl a bývalý kuřák nabyl sebejistoty, že se již dokáže ovládnout bez pomoci.

Původně byly nikotinové substituce ve formě žvýkaček vytvořeny koncem 70. let pro švédské námořníky, kteří v nekuřáckém prostředí (v ponorce) trpěli abstinenčními příznaky. Dnes je tato varianta léčby závislosti na tabáku nejrozšířenějším farmakoterapeutickým prostředkem, přičemž všechny její formy (ve světě existuje také jako tablety a nosní sprej) mají srovnatelnou účinnost - **zhruba zdvojnásobují pravděpodobnost úspěšnosti odvykání** (Králíková, 2011).

b) léky vázané na lékařský předpis:

V 90. letech si američtí psychiatři náhodně povšimli zajímavého jevu - pacienti léčení pro depresi bupropionem (blokátor zpětného vychytávání dopaminu a noradrenalinu) přestávají současně kouřit. Zejména u tohoto typu pacientů, z nichž asi 60% kouří, se jednalo o nevídaný jev, který byl okamžitě vystaven důkladnému zkoumání. Ve studiích se pak ukázalo, že bupropion skutečně prakticky **zdvojnásobuje úspěšnost abstinence od cigaret**. Stejná tableta, obsahující rovněž 150 mg bupropionu, byla registrována jako specifický lék pro terapii závislosti na tabáku u pacientů bez deprese (Zyban, který byl plně hrazen pacientem). Bohužel, od ledna 2011 byl Zyban z našeho trhu po deseti letech stažen, bupropion máme k dispozici již pouze jako antidepresivum Wellbutrin (Králíková, 2011), které je v indikovaných případech částečně hrazeno zdravotními pojišťovnami. Na českém trhu můžeme najít také srovnatelný přípravek Elontril, který existuje ve variantách 150 a 300 mg a jeho výhodou je popisovaná lepší snášenlivost.

Užívání bupropionu začíná asi 10-14 dní před plánovaným dnem „D“, kdy pacient odloží cigarety, aby se v jeho organismu předem stihla vytvořit postačující

hladina účinné látky. Vedlejším účinkem, pro který jsou tyto léky odvykacími kuřáky vyhledávány, je jejich schopnost tlumit chuť k jídlu, což bývá zejména v prvních týdnech po odstranění tabáku výhodou: „*Nekuřáci průměrně váží více než kuřáci a po zanechání kouření se zvyšuje tělesná hmotnost v průměru asi o 5%, některé práce mluví o zvýšení hmotnosti průměrně o 4kg po roce nekuřáctví. Nepřibírají však zdaleka všichni*” (Králíková & Kozák, 1997, s. 32). I přesto však je obava ze zvyšování hmotnosti velmi častým argumentem proti odvykání především u žen.

Rok 2006 byl zlomovým pro možnosti léčby nikotinové závislosti - na trh byl ve Spojených státech uveden nový přípravek (Chantix) s obsahem vareniklinu, parciálního agonisty alfa-4/beta-2 acetylcholinergních nikotinových receptorů.

Má agonistické i antagonistické účinky. Naváže se na receptory, takže se otevře iontový kanálek, ionty vstoupí do neuronu a signál způsobí vyplavení dopaminu v nucleus accumbens podobně jako po potažení z cigarety, ale bez peaku – hladina dopaminu dosahuje kolem 60 % stavu po potažení z cigarety, nikoli však v řádu vteřin, ale hodin. (...) Antagonistický vliv spočívá v tom, že pokud si pacient zapálí, nikotin z cigarety se na příslušný receptor nenaváže, protože ten je obsazen vareniklinem. Další dopamin se tedy nevyplaví a pocit odměny po potažení se nedostaví (Králíková, 2011).

O rok později byl přípravek dovezen i k nám a dodnes je v prodeji pod názvem obchodním názvem Champix. Je doporučován pro fyzicky silně závislé pacienty, tedy např. takové, kteří dosahují ve Fagerströmově testu hodnot ve druhé polovině (6-10 bodů). Ke způsobu užívání Králíková uvádí:

... kouřit se přestává až ve druhém týdnu léčby, od kdy se užívá plná dávka (1 mg BID) – první týden jsou tablety slabší (0,5 mg) kvůli nejčastějšímu nežádoucímu účinku, kterým je nauzea. Má ji kolem 30 % pacientů, ale většinou po několika týdnech odezní. Je to podobný pocit, jako když se někomu udělá nevolno po vykouření první cigarety;

vareniklin žaludek nepoškozuje. Může být příčinou neobvyklých snů, ale celkově je snášen velmi dobře, a ačkoli jej užívaly již desítky milionů odvykajících kuřáků, žádné závažné nežádoucí účinky prokázány nebyly. Vareniklin je v současné době nejúčinnějším lékem proti závislosti na tabáku – úspěšnost odvykání ztrojnásobuje (2011).

Účinnost farmakoterapie závislosti na tabáku (definovaná jako kontinuální abstinence v roce 1) je podle srovnávacích randomizovaných klinických studií skutečně významná - vareniklin, tj. Champix / Chantix (22,4 %), bupropion - Wellbutrin (15,4 %), substituční nikotinová terapie - náplasti, žvýkačky, inhalátory (15,4 %) oproti placebo (9,3 %) a pouhým 3 - 5% ve stavu bez jakékoliv farmakoterapie (Lancaster, Stead, Silagy & Sowden, 2000) vypadají jako opravdová pomoc.

Je však důležité nepodlehout iluzi zlepšení stavu a dodržet doporučenou délku jejich užívání, minimálně 3 měsíce, optimálně 6 měsíců nebo i déle. Významně se tak zvyšuje pravděpodobnost dosažení úspěchu, jímž je dlouhodobé nekouření – například u vareniklinu podíl pacientů s roční abstinencí vzroste ze 23 % (po tříměsíčním užívání) na 44 % po šesti měsících užívání (Králiková, 2011).

Za pravděpodobné se dá považovat že v budoucnu se spektrum možností využití farmakoterapie závislosti na tabáku rozšíří. Půjde zejména o další léky působící v oblasti centrální nervové soustavy, v centrech odměny, podobně jako vareniklin. „*Ve fázi klinických studií jsou i vakcíny – nikotin, jehož malá molekula snadno prochází hematoencefalickou bariérou, se naváže na velký imunoglobulin, takže vstřebaný nikotin se k mozku z velké části nedostane*” (Králiková, 2011).

Mimo oficiálně schválené a k odvykání indikované léky bývají užívány i další dvě pomůcky, o nichž se tvrdí, že pomáhají přestat kouřit:

c) elektronická cigareta

Novodobou a stále velmi diskutabilní záležitostí je elektronická cigareta. Protože její marketing často stojí na základech tvrzení, že má na principu postupného snižování koncentrace nikotinu ve vkládaných náplních sloužit k odvykání kouření, zařazují ji do výčtu alternativ, které se dnes odvykajícímu kuřákovi nabízejí. Nicméně dle ústního sdělení odborníků z Centra pro léčbu závislosti na tabáku nenajdeme seriózní studie, jejichž nálezy by byly schopny potvrdit avizovanou zdravotní nezávadnost elektronických cigaret. Těch existuje mnoho typů, avšak základním principem je inhalace nikotinem prosycené páry, jejíž viditelné, přes kuřákovy plíce profiltrované zbytky bez zápachu kouře můžeme labužnicky a „neškodně“ exhalovat do okolí. Výrobci uvádějí, že protože při „kouření“ těchto náhražek nedochází ke spalování tabáku, nevznikají toxické a karcinogenní vedlejší produkty a inhalace je tedy v podstatě „zdravá“. Na trhu je najdeme v mnoha inzerovaných koncentracích, příchutích a typech, nehledě na to však není elektronická cigareta lékaři schváleným prostředkem pro odvykání kouření. I pokud by se ukázalo, že neobsahuje žádné škodliviny, obsah nikotinu není dobře kontrolovaný a může se tak stát i nebezpečným. A propagace typu „Kuřte i tam, kde to není povoleno“ není právě vhodnou rétorikou pro prezentaci výrobku, který má sloužit k vyléčení se z drogové závislosti.

d) paipo

Pokud jsem v předchozím odstavci zmínila elektronickou cigaretu, nedovolím si nevěnovat alespoň několik řádků produktu, který můžeme zakoupit v lékárnách a na rozdíl od ní lékařskou veřejností k odvykání doporučován je. Jedná se o japonskou alternativu cigarety, která uspokojuje vizuální požadavky odvykajícího kuřáka a je schopna mu dopřát pocit držení „cigarety v ruce“. Plastová trubička obsahuje savý materiál prosycený čistými éterickými oleji ve třech chuťových variantách. Po odzátkování je možné skrze ni sát vzduch jako při kouření, přičemž zanechává v ústech příjemný svěží pocit. Některé varianty avizují potenciál zklidnit podrážděný krk a osvěžit dech. Hlavní výhodou je možnost zabavit ruce a rty kuřáka, který se vzdal cigaret, nízká cen (1 paipo stojí kolem 50 Kč a vydrží až 8 hodin samotného užívání) a snadná dostupnost - na webových stránkách produktu

snadno dohledáme, které lékárny jej nabízejí. To vše bez ohrožení udržování závislosti - protože neobsahuje nikotin ani jiné látky s návykovým potenciálem, je pravděpodobné její postupné odložení po uplynutí bezprostřední doby intenzivního využívání. Doporučuje se ji však zahrnout do krizového plánu a i nadále ji nosit při sobě, může velmi posloužit v situacích, kdy by bývalý kuřák náhle chtěl sáhnout po cigaretě (Paipo, 2007b).

2.5.2 NEFARMAKOLOGICKÁ INTERVENCE

Jak již bylo mnohokrát zmíněno, významným faktorem úspěchu při odvykání kouření je vlastní silná motivace. Vzhledem k tomu, jak malá je bez intervence šance přestat kouřit, by podporou první volby (kterou můžeme v indikovaných případech bez problémů kombinovat s výše zmíněnými farmakologickými nástroji) měla být psychoterapie - soubor verbálních, neverbálních a paraverbálních léčebných komunikačních technik.

Zajímavý nález k tématu přinesla studie Zerniga a jeho kolegů, kteří u vzorku 779 přihlášených kuřáků srovnávali účinek „stručné psychoterapie“ (která zahrnovala jeden a půl dne intenzivní skupinové psychoedukace a nácviku autogenního tréninku s cílem zlepšení sebeovládání, rozhodování, asertivity, sebejistoty a interpersonálních kompetencí, přirozené funkce orgánových soustav a zvědomění tělesných funkcí) a léčbu bupropionem, který byl během prvního týdne užívání navýšen na dvakrát 150 mg denně a předepsán na období osmi týdnů. Měření abstinence byl prováděno z koncentrace oxidu uhelnatého ve výdechu, který měl být u úspěšných probandů roven nejvýše 9 jednotkám na milion (p.p.m.) při každém ze tří měření - po třech, šesti a dvanácti měsících. U skupiny 366 účastníků studie, kterým byla na počátku poskytnuta psychoterapeutická intervence, byla po roce úspěšnost neuvěřitelných 39,1%, zatímco u 413 uživatelů bupropionu to bylo pouhých 12,3-22,5% podle typu analýzy. To je přibližné rozmezí, na němž se pohybuje bupropion i při hodnocení v dalších klinických studiích (Zernig, Wallner, Grohs, Kriechbaum, Kemmler & Saria, 2008).

Rovněž z výsledků dalších šetření vyplývá, že psychoterapie je účinná v násobení efektu farmakologických prostředků i sama o sobě ve srovnání s pouhým biologickým nebo žádným léčením (např. Hall, Humfleet, Muñoz, Reus, Prochaska & Robbins, 2011; Gifford, Kohlenberg, Hayes, Pierson, Piasecki, Antonuccio & Palm, 2011).

Z nefarmakologických intervencí se při odvykání kouření obvykle uplatňují především:

a) kognitivně behaviorální terapie (KBT)

Její prostřednictvím můžeme pomáhat pacientům identifikovat spouštěče a zvládat každodenní situace, ve kterých si nejčastěji zapálili cigaretu, případně se jich zpočátku vyvarovat. KBT se zaměřuje především na zvyšování sebedůvěry pacienta ve schopnosti odvykání a hledání cest, jak zvládnout stres a touhu si zakouřit. Řadí se mezi střednědobé terapie a obvykle trvá několik měsíců a k tématu závislostí zahrnuje často nabídku 12 sezení.

Jak využití KBT v praxi popisuje v souborném článku Treatment of Tobacco Dependence německý výzkumník z Univerzity v Tubingenu Anil Batra:

Doporučené terapeutické prvky jsou odvozeny z kognitivně behaviorální terapie, neexistuje uspokojivá průkaznost účinnosti psychodynamicky orientovaných směrů z důvodu chybění relevantních kontrolovaných studií. Odvykací programy staví na předpokladu, že psychická závislost vzniká na základě operantního a klasického podmiňování a že kognitivní procesy, osobní hodnoty a účel užívání tabáku hrají hlavní roli v udržování kuřáckého chování. Tyto programy kombinují psychoedukaci a motivační techniky s behaviorálně-terapeutickými prvky. Dalšími důležitými komponentami jsou využití externích sociálních podpor, technik k prevenci relapsu kouření a cesty k jeho případnému zvládnutí (Batra, 2011, překlad autorky práce).

I podle českých odborníků na kognitivně behaviorální přístup k závislostem, kam spadá i tabáková, v terapeutickém plánu dominuje několik důležitých témat - „... *bažení, motivace ke změně, závazek redukce a kontroly užívání nebo abstinence, učení se dovednostem: odmítání drogy, asertivita a komunikace, nácvik relaxace a tělesný pohyb, kognitivní vyhýbání (zdánlivě nepodstatná rozhodnutí), plánování, řešení problémů, prevence relapsu: první pomoc, zvládnutí a selhání relapsu*” (Záleský, 2007). Všechny tyto léčebné prvky mohou být využity i samostatně v individuální, nebo i skupinové psychoterapii.

b) metoda 5R

je další rozšířenou variantou psychoterapeutické, či spíše poradenské intervence - soubor kroků pro specialisty v různých oblastech vedení změn v životním stylu (závislosti, ale i léčba obezity aj.), užitečný zejména pro motivování kuřáků, kteří nejsou připraveni přestat. Skládá se z následujících bodů:

- RELEVANCE - poukažte na závažnost problému
- RISKS - jmenujte rizika kouření
- REWARDS - popište výhody přestání
- ROADBLOCKS - proberte překážky ukončení
- REPEAT - opakujte celý postup na každém sezení (Batra, 2011).

c) the 5A's

na základě anglického originálu **The 5A's** Společnost pro léčbu závislosti na tabáku v Pracovním postupu zdravotníkům model krátké, pětibodové intervence **5P**, která nemá zabrat více než 5 minut:

- ASK - Ptej se, zda kouří, jak dlouho, jak moc, jaké produkty.
- ADVISE - Podej jasné doporučení přestat kouřit.
- ASSESS - Posuď ochotu přestat kouřit, motivuj (např. pomocí modelu 5R).
- ASSIST - Pomáhej těm, kteří přestat chtějí (doporuč režimová opatření, farmakologickou léčbu, specializovanou pomoc).

- ARRANGE CONTROLS - Plánuj kontroly, vytvoř krizový plán (Fiore, Jaén & Baker et al., 2008; Společnost pro léčbu závislosti na tabáku, 2010).

d) hypnóza

Doposud nepříliš kladně nahlíženou alternativou k v psychoterapii běžně užívaným technikám je hypnóza a autohypnóza. Pro nedostatečné množství důkazů o její účinnosti a snad i pro laiky vnímaný mystický nádech bývá stavěna na roveň alternativním technikám (viz kap. 2.5.3), avšak v posledních letech dochází k její rehabilitaci. Jako příklad můžeme uvést studii Carmodyho a jeho týmu, který zjišťoval, bude-li hypnóza stejně účinná jako behaviorální poradenství, pokud obě techniky zkombinuje s použitím nikotinových náplastí. 286 náhodně rozdělených kuřáků dostalo možnost podstoupit dvě šedesátiminutové intervence, po nichž následovaly tři telefonní kontroly a dva měsíce užívání nikotinových náplastí. Po šesti měsících byla úspěšnost probandů v obou skupinách srovnatelná (kolem 25%), po dvanácti měsících dokonce hypnóza (24%) vítězila nad behaviorálním poradenstvím účinným na 16% (Carmody, Duncan, Simon, Solkowitz, Huggins, Lee & Delucchi, 2008).

Ve prospěch hypnoterapie hovoří i další výzkumné práce, nakonec i MUDr. Králíková, která hypnózu nedůvěřivě řadí mezi alternativní techniky, uzavírá: *„Hypnóza či akupunktura nebo akupresura účinkuje u těch kuřáků, kteří si ji přejí, kteří jsou rozhodnutí přestat kouřit a jsou přesvědčeni, že jim právě tato metoda pomůže. (...) Ty, kdo chtějí přestat a přejí si těchto metod použít, není důvod odrazovat. Ani jedna z nich nepoškozuje zdraví“* (Králíková & Kozák, 1997). To je důležité - zdůraznění, že **žádná technika nebude fungovat bez rozhodnutí přestat a víry v to, že je to možné.**

e) motivační rozhovory

Motivační rozhovory se uplatňují zejména v první fázi, tzn. před samotným odložením cigaret, v období, kdy probíhají úvahy o změně (viz kap. 2.4.1). Vycházejí podobně jako KBT z trochu odlišného předpokladu než je pojetí závislosti na tabáku jako nemoci, totiž, že se jedná o naučené chování a k jeho odnaučení je

třeba aktivní spolupráce klienta, k níž je však třeba klienty motivovat. Tato v terapii závislosti často využívaná metoda tedy začíná ještě o něco dříve než ostatní přístupy a osvojení si jejích technik může být velice užitečnou složkou přípravy komplexní intervence.

Při jejím využití vycházíme z ukázání zájmu a navázání dobrého kontaktu či terapeutického vztahu, pokračujeme zjištěním, zda pacient kouří a zda je vůbec ochoten s námi na téma hovořit, jestli již uvažoval o změně, informujeme ho o rizicích setrvání ve stejném stavu, přičemž se jej nesnažíme zastrašit, manipulovat ani znechutit, ale podáváme zprávy objektivně a s respektem k jeho osobě, ptáme se na jeho pocity a názor na sdělené a s ohledem na míru motivace a důvěry v možnost změny se snažíme téma rozpracovat do společného rozhovoru. Počítáme přitom s tím, že nejeví-li se připraven ke změně, může to být důsledkem toho, že ji nechce, nevěří si nebo neví, jak na to. Po celou dobu intervence nabízíme klientovi dostatek zájmu, autonomie, času i zodpovědnosti, změna je jeho rozhodnutím a my mu nabízíme spolupráci na její realizaci. Pokud nechce, můžeme diskutovat její klady a zápory, nevěří-li si, podpoříme jeho sebedůvěru, neví-li, jak změnu provést, pomůžeme mu připravit plán (Soukup, 2008).

f) Centra pro léčbu závislosti na tabáku

Ráda bych stručně zmínila, jak v praxi probíhá léčba v pražském Centru pro léčbu závislosti na tabáku, jedním ze sítě těchto zařízení v ČR, vzhledem k tomu, že jsem s touto institucí spolupracovala při svém výzkumu a považuji za užitečné nabyté informace sdílet. Program, který je zde nabízen a hrazen ze zdravotního pojištění, zahrnuje vstupní vyplnění několika dotazníků (včetně FTND a BDI), zjištění tělesné hmotnosti, procenta tuku v těle, měření oxidu uhelnatého ve výdechu apod. Následuje vstupní individuální konzultace, kde pacient dostává návrh farmakologické léčby a jsou mu ve stručnosti případně zodpovězeny některé otázky. Většinu odpovědí však nalezne až při další návštěvě (kdy jsou mu opět měřeny CO ve výdechu a tělesná hmotnost), která zahrnuje skupinové edukativní sezení a poradenství, kdy klienti sdílí své zkušenosti pod vedením jedné lékařky z týmu. V této fázi je klient, pokud tak již neučinil, směřován k volbě termínu pro den

D, kdy odloží cigarety. Postupné snižování počtu ani podobné další techniky zde nejsou podporovány.

Na příští sezení, již individuální, se klient objednává tak, aby neproběhlo později než týden po dni D. Odehraje se opět fyzická kontrola a měření, proberou se obtíže a kritické momenty, klient je hojně chválen za jakýkoliv, třeba i dílčí úspěch a motivován do dalšího snažení. Odměnou úspěšným je minimální koncentrace vydechnutého oxidu uhelnatého - vlastně jde o formu biofeedbacku. Návštěvy pokračují se snižující se frekvencí po dobu jednoho roku ode dne D, kdy je úspěšný klient prohlášen za abstinenta. Hodnosti nekuřáka se však zde nedočká, po roce ani po deseti letech, protože stav receptorů v jeho mozku již navždy nese svědectví o tom, že kdysi dávno kouřil.

Protože Centrum pro léčbu závislosti na tabáku patří pod III. interní kliniku 1. lékařské fakulty UK, je také pracovištěm výzkumným. V současné době zde například ve spolupráci s IKEM probíhá dlouhodobý projekt usilující o detekci „kuřáckého genu“ z krevního obrazu.

2.5.3 ALTERNATIVNÍ ZPŮSOBY LÉČBY

K odvykání kouření je nabízeno mnoho více či méně osvědčených produktů, technik a nástrojů. Můžeme se setkat s již výše zmíněnou akupresurou či akupunkturou, homeopatiky, biorezonancí, potravinovými doplňky, herbálními cigaretami, semináři, abreaktivními technikami a mnoha dalšími, „zázračnými prostředky“, které se snaží přesvědčit, že je možné odložit cigaretu jako mávnutím čarovného proutku ze dne na den, snadno a „bez nutnosti použít silnou vůli“, což je fráze natolik frekventovaná, že nás nutí zamyslet se, neprezentujeme-li závislost úspěchu při odvykání na zapojení vůle kontraproduktivně a neměli-li bychom spíše vytvořit méně děsivá sdělení. Věřím, že i tyto metody si svou cílovou skupinu najdou - a pokud jim lidé budou důvěřovat a neublíží-li jim, pravděpodobně se dostaví i výsledky, a proto není třeba jim na těchto stránkách „dělat reklamu“.

Jak jsme si ukázali výše, závislost na tabáku znamená silnou vazbu na více úrovních a není vhodné ji brát na lehkou váhu. K jejímu překonání je zapotřebí kromě silné vůle i počáteční investice vlastního pevného rozhodnutí přestat.

EMPIRICKÁ ČÁST

3 PŘEDMĚT A CÍL

Empirickou částí diplomové práce je kvalitativní studie, která popisuje proces, v němž autorka projektu po dobu konsektivních tří měsíců koučuje probandy - klienty, kteří se nacházejí v jedné z etap na cestě ke konečnému cíli, týkajícímu se odvykání kouření. Rozsah práce pokrývá několik stádií, jimiž klienti procházejí. Individuální koučování je zde převážně využito ne jako hlavní a jediná, ale jako podpůrná metoda při léčbě závislosti na tabáku - v případě fyzické dependence, kterou máme dle Králíkové předpokládat v 80% případů (1997), za pomoci medikace, případně dalších terapeutických prostředků.

Cílem práce je extrahovat na základě získaných dat konkrétní přínosy metody psychologického koučování, popsané v teoretické části, v práci s odvykajícími kuřáky. Jak uvedl Smékal, „výzkumný problém závisí na předběžném vědění o nevědění, na tušení toho, co neznáme, a to alespoň v podobě předpokladu, který je postupně zpřesňován v podobě výzkumné otázky nebo výzkumné hypotézy“ (podle Miovského, 2006, s. 121).

4 FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK

V tomto výzkumném projektu mě zajímalo zmapování možností využití metody psychologického koučování v práci s konkrétním tématem, jakým je odvykání kouření, a postižení jeho souvislostí a specifických přínosů ve světle jedinečných zkušeností nabytých našimi probandy v procesu společné práce. Výzkumné otázky pomohly strukturovaně uchopit předmět studie.

V souladu s výzkumným cílem jsem se konkrétně zajímala,

1. s jakým očekáváním vstupovali probandi do programu Koučink jako podpůrná metoda při odvykání kouření,
2. jak popisují po absolvování programu metodu koučinku,
3. jaké přínosy klienti spatřují ve využití koučinku při odvykání kouření,
4. jaké další změny v jejich životě mohl koučink podnítit,
5. jaké cíle si stanovovali a za jak významné je při odvykání považovali,
6. jaké další techniky účastníci programu k odvykání současně využívali,
7. jak na ně působil fakt, že účast v koučinkovém programu je nabízena zdarma
8. a že kouč prodělává vlastní úspěšnou zkušenost s odvykáním kouření,
9. jaká byla výsledná spokojenost klientů s poskytnutou službou i to, jak by program navrhli sami, aby jim nejlépe vyhovoval,
10. jak byli spokojeni s osobou kouče.
11. Zjišťovala jsem také, jak koučink přispěl ke změně dosaženého skóru ve Fagerströmově testu nikotinové závislosti a k jakým posunům došlo po jeho působení v motivech závislosti na kouření podle inventáře WISDM-68.

5 DESIGN VÝZKUMU

Svůj projekt jsem vystavěla na základě vlastního předem navrženého designu využívajícího v ústřední fázi koučování u populace podstupující odvykání kouření. Předpokládaný přínos psychologického koučování aplikovaného na řešení této specifické problematiky jsem mapovala na základě především kvalitativních dat získaných ze srovnání vstupních a výstupních výpovědí na určené položky několika dotazníkových metod, polostrukturovaných rozhovorů a také závěrečné zpětné vazby od klientů – probandů. Podrobnému popisu použité metody psychologického koučování, v němž je autorka projektu kvalifikována (viz úvod), je věnována celá první kapitola teoretické části této diplomové práce.

5.1 PLÁN STUDIE

Projekt probíhal v letech 2011 a 2012 v osmi krocích:

- **od března do října 2011** předcházela samotnému projektu práce s jedním klientem, který mě vyhledal s žádostí o koučink na téma odvykání kouření,
- **v lednu a únoru 2012** probíhalo přihlašování probandů do projektu (viz kap. 6),
- **koncem měsíce února** jsme realizovali čtyři alternativní termíny společného informačního setkání, kde byly probandům předány doplňující informace k metodě koučování a plánu projektu a zodpovězeny dotazy,
- podpisem informovaného souhlasu (viz příloha) byli probandi (od této chvíle „klienti“) registrováni do projektu a s každým byla tímto oficiálně navázána individuální spolupráce,
- **počátkem března** proběhlo s každým klientem devadesátiminutové „diagnostické sezení“, jehož náplní bylo vyšetření specificky zaměřeným souborem nástrojů (kap. 5.4.1),
- **v březnu, dubnu a květnu** následovala série šesti až sedmi hodinových koučovacích sezení s každým klientem s frekvencí dle potřeby a průniku časových možností, nejčastěji 1x za dva týdny (kap. 5.2 a 5.4.2),

- poslední sezení bylo koncipováno jako debriefing projektu, byly zhodnoceny změny a posun v klientově kouření a opět uplatněny některé dotazníkové metody (viz kap. 5.4.3)
- **začátkem června**, po posledním setkání, byl každému klientovi zaslán odkaz na výstupní dotazník (viz příloha), v němž byl požádán o zhodnocení průběhu celého projektu.

Veškerá setkání s klienty - probandy probíhala v prostoru mé pracovny („koučovny“) v dobré dostupnosti širšího centra Prahy, pro tyto účely vybavené pohodlným nábytkem, kde bylo zajištěno ticho, klid, nápoje a příjemná atmosféra.

5.2 PRŮBĚH KOUČINKOVÝCH SEZENÍ

S každým klientem jsem se setkala dle potřeby k šesti nebo sedmi standardním koučinkovým sezením, jejichž průběh se nelišil od běžného koučinku. V rámci prvního a nanejvýš druhého sezení jsme společně definovali celkový cíl na základě metodiky SMARTER (viz kap. 1.5.3). Ten jsme spolu s formálními náležitostmi, týkajícími se frekvence a délky schůzek, okolností jejich rezervace a rušení apod. zaznamenali do koučovacího kontraktu, který běžně využívám ve své praxi, a každá strana si ponechala jednu kopii. Každé sezení proběhlo od debriefingu uplynulého období přes náležitosti modelu The GROW (kap. 1.5.1) spojené s případným využitím vhodných technik (často jsme využili matici změny a originální projektivní obrázkovou sadu, která zahrnuje nejrozličnější vystřižené fotografie a grafiky a s jejíž pomocí pracujeme například na vizualizaci cílového stavu) až po závěrečnou otázku po tom, co klient pro dosažení cíle udělá již v den setkání. Přitom konkrétní struktura všech sezení dokonce ani s jediným klientem se nedá zobecnit pro jejich jedinečnost a výchozí bod vždy v tom, co si do setkání přinesl klient. Přitom jsme stále primárně sledovali celkový cíl koučinku. Na setkáních jsem psala poznámky, které jsem po jeho skončení zpracovala do formy informativního zápisu ze sezení. V případě zájmu jsem mohla kopii zaslat i klientům, ti však často preferovali pouze vlastní zápisky. V rámci této studie jsem v průběhu tří měsíců celkem „odkoučovala“ čistých 58 hodin.

5.3 KONCEPCE VÝZKUMU

V kvalitativní studii se „... *plán výzkumu opírá o to, co známe, a směřuje otevřeným způsobem k tomu, co neznáme*“ (Hendl, 1997, s. 37). V sociálních vědách máme na výběr z několika již zavedených designů, jako je etnografický, biografický nebo akční výzkum, případová a evaluační studie aj. Nicméně dále je zřejmá určitá nejednotnost, jako v případě zakotvené neboli zdůvodněné teorie (grounded theory), kterou někteří odborníci (Hendl, 1997; Miovský, 2006) zahrnují mezi metody analýzy dat, zatímco jiní (Švaříček & Šed'ová, 2007) ji řadí mezi výzkumné designy. Design této komplexní studie se spíše než zahrnout pod hlavičku jednoho ze zmíněných typů výzkumu dá nazvat slovem pragmatický:

...kromě toho si řada výzkumníků pro účely svého šetření vytváří ad hoc vlastní výzkumný design, nepoužije tedy žádný z předem připravených balíčků postupů, ačkoli se jimi může inspirovat. Takový přístup, spočívající v autorském nakombinování metod sběru dat a analytických technik, bývá označován jako pragmatický (Švaříček & Šed'ová, 2007, s. 83).

V jistých ohledech a fázích se blíží některým z ustálených výzkumných konceptů, jako jsou následující:

5.3.1 Akční výzkum

Zasazením koučinku jako experimentálních expertních rozhovorů doprostřed studie usilujeme o prosazení změny, která by měla proběhnout ještě v rámci výzkumu. Náš projekt splňuje tři Hendlem uvedené zásady tohoto konceptu:

- *Výzkumníci i zkoumaní mají rovnocenné postavení, obě tyto skupiny spolupracují na zásadě rovnoprávnosti. Obě skupiny se stejně podílejí na vyhodnocování a interpretaci výsledků.*
- *Témata zkoumání jsou vztažena k praxi a mají emancipační charakter. (...)*

- *Proces výzkumu je procesem učení a změny. Výzkum a praxe mají jít ruku v ruce. Průběh akčního výzkumu se řídí podmínkami terénu.* (1997, s. 57).

Plní i Miovského podmínky, že „... *nedílnou a významnou součástí akčního výzkumu je zpětná vazba spočívající v dopadu výsledků výzkumu na zkoumané osoby. (...) Akční výzkum se zaměřuje především na popis, srovnávání a zkoumání podmínek a působení různých forem sociálního a psychologického jednání*“ (2006, s. 105). Dá se i říci, že téma mé studie je vztaženo ke konkrétnímu společenskému problému, jakým kouření rozhodně je. Nicméně nezkoumali jsme účastníky studie vysloveně v terénu, jak akční výzkum vyžaduje, data jsme shromažďovali v poměrně „umělé“ situaci pokusného koučinku, který probíhal zdarma.

5.3.2 Případová studie

Naše zaměření na jednotlivce, kterého jsme měli možnost po dobu tří měsíců intenzivně sledovat, poznávat ho, pozorovat jeho růst a hovořit s ním vykazuje podobnost s **případovou studií**, kterou bychom mohli nazvat také „mnohopřípadovou“ (Hendl, 1997, s. 45). Můžeme ji zařadit na pomezí **exploratorní případové studie**, mající obecně za cíl „... *prozkoumat neznámou strukturu případu a působící vztahy, definovat hypotézy, otázky nebo dokonce navrhnout teorii a připravit tak půdu pro další výzkum.*“ (Hendl, 1997, s. 40) a **testovací případové studie**, která se snaží „... *pomocí navržené teorie zdůvodnit mechanismy, které lze u případu identifikovat, důraz je však kladen na testování adekvátnosti teorie*“ (Hendl, 1997, s. 41). Podle Miovského (2006) „... *není podstatné, zda při práci na případové úrovni používáme a kombinujeme kvantitativní a kvalitativní metody, podstatné je to, že objektem našeho zájmu zůstává případ*“ (s. 94) a její strategii lze charakterizovat jako „... *využitelnou ke zpětné kontrole výsledků dosažených prakticky jakýmkoli výzkumnými psychologickými metodami a postupy, kdy platnost těchto výsledků ověřujeme na případové úrovni*“ (s. 95). Ještě pravděpodobnější je pojetí, že „případem“ naší studie nebyl proband, ale koučinkový program. Takový výklad umožňují všechny výše zmíněné zdroje. Protože v době mé studie nebyla dostupná žádná data k využití koučinku při odvykání kouření, pokud jsem se v

tématu chtěla zorientovat, bylo zapotřebí vyvinout rozsáhlou vlastní aktivitu v této oblasti a jako součást své studie zařadit koučování probandů, aby měli následně možnost o něm vypovídat. Záměrem bylo zjišťovat použitelnost metody, které její aspekty mohly hrát roli, zda vůbec měla jako celek smysl při odvykání kouření, proto jsem se rozhodla nepřistoupit ke zpracování dat do devíti ucelených kazuistik, ale spíše se na základě dobrého povědomí o jejich individualitách zaměřit na procesuální stránku koučinkového programu.

5.3.3 Kvalitativní evaluace

Podle dostupné literatury je v psychologii poměrně novým typem výzkumného projektu, který Hendl (1997) spojuje spíše s výzkumem pedagogickým, **kvalitativní evaluace**, jejíž známky naše studie zejména ve své poslední fázi nese. Především její **formativní podtyp** je charakterizován Miovským takto:

V případě formativního přístupu v evaluaci je hlavním cílem výzkumného projektu přinést taková data, prostřednictvím jejichž analýzy získáme informace potřebné k nalezení silných a slabých stránek předmětu našeho výzkumu a budeme schopni formulovat doporučení ke zlepšení. Znamená to, že výsledkem výzkumného projektu je kromě samotného nálezu, kde a proč se nacházejí silné a slabé stránky, také to, jak s nimi dále pracovat a jaké strategie a proč se jeví jako efektivní pro další zlepšení a rozvoj předmětu zkoumání (např. výcvikového kurzu sociálních dovedností) (2006, s. 116).

Ve světle toho, že naše studie pracuje s takovým navrženým programem, jímž je koučink odvykajících kuřáků, bylo užitečné zamyslet se nad ní také z hlediska tohoto typu výzkumného plánu.

5.3.4 Shrnutí

V důsledku je zřejmé, že z důvodu velkého rozsahu naší studie není možné ji jednoduše přiřadit k jediné kategorii. I vzhledem k tomu, jak rozdílnou typologii

výzkumu různí autoři - uvádějí, nepovažují za zcela zásadní vejít se se svým projektem do jediné „škatulky“. Jako mnohem důležitější vnímám její originalitu, inovativnost a kreativitu na bázi počáteční existence přehledného výzkumného designu, který zahrnuje srozumitelnou strukturu, vhodné metody sběru dat v každé etapě a jejich poctivou interpretaci - kritéria, která se nám jistě podařilo naplnit. Můžeme ji tak vnímat jako pilotáž pro rozsáhlejší studii, kterou by bylo třeba realizovat ve větším výzkumném týmu.

5.4 POUŽITÉ METODY SBĚRU DAT

V našem výzkumném projektu, který zahrnoval etapu diagnostickou, koučinkovou a evaluační, se uplatnily tři typy nástrojů sběru dat.

5.4.1 Diagnostická fáze

Přibližně devadesátiminutové vyšetření, které proběhlo na samém počátku výzkumné spolupráce, zahrnovalo dvě na české populaci ověřené dotazníkové metody (FTND, BDI-II), jeden u nás doposud nezavedený inventář (WISDM-68) a polostrukturovaný rozhovor nazvaný „kuřácký assessment“, sestavený autorkou výzkumu.

- **FTND (Fagerström Test of Nicotine Dependence)** je podrobně popsán v teoretické části práce (kap. 2.3.4) a jeho kopie je součástí příloh. Pro účely našeho porozumění později zmíněnému nálezu je významné, že obsahuje šest položek a je možné v něm skórovat od 0 do 10 bodů, přičemž 0-1 bod se interpretuje jako žádná nebo slabá fyzická závislost, 2-4 body znamenají střední stupeň a dosažení 5 a více bodů silnou fyzickou závislost na nikotinu (Králíková, 2004). Dotazník byl nejprve předložen probandům před zahájením koučinku, kdy nás informoval nejen o stavu jejich fyzické závislosti, ale i návycích, s nimiž v roli klienta do procesu vstupuje, a znovu po třech měsících společné práce. V této fázi nám srovnání obou skóre i jednotlivých sytících položek přineslo nejen kvantitativní, ale především kvalitativní zprávu o tom, jakým způsobem se

závislost u daného probanda za uplynulé období vlivem koučinku (i mnoha nepostižitelných faktorů) proměnila.

- **BDI (Beck Depression Inventory)** ve verzi BDI-II je screeningovým nástrojem, který se opírá o 21 verbalizovaných sebeposuzovacích škál, hodnocených 0-1-2-3. Klade si za cíl určit aktuální hloubku deprese u pacientů, kteří již byli diagnostikováni, ale také její současné symptomy detekovat u normální populace. Při jeho administraci, jejíž velkou výhodou je rychlost (netrvá déle než několik minut), je třeba zdůraznit, že se zaměřujeme na období posledních dvou týdnů. Dotazník je hodnocen součtem bodů u jednotlivých položek, přičemž proband může být s 0-13 body nedepresivní, s 14-19 body mírně depresivní, s 20-28 body středně a konečně s 29-63 body těžce depresivní. Naši probandi se umísťovali v prvních třech kategoriích, žádný silně depresivní jedinec v souboru nebyl. Nástroj byl přizpůsoben pro českou populaci Preissem a Vacířem (1999). V naší studii byl pro svou dobrou deskripci specifik konkrétní deprese využit na doporučení lékařek z Centra pro léčbu závislosti na tabáku, kam bylo možno probandy s nálezem závažnějšího stupně deprese doporučit. Pro jeho rozšířenost jeho použití mezi odbornou veřejností a dobrou dostupnost nezařazují záznamový arch jako součást příloh.
- **WISDM-68 (The Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives)** je třináctiškálový inventář používaný v USA ke zjišťování „motivů k závislosti na kouření“. Jeho výhodou a zároveň odlišností od běžně používaných dotazníků (viz kap. 2.3.4), zabývajících se analýzou nikotinové dependence, je v případě WISDM-68 její multidimenzionální pojetí - jeho záměrem je odhalit „podklady“, skryté motivy závislosti, které nejsou tak zjevné v chování, jako například u FTND. Sestává z 68 položek, které se hodnotí dle výstižnosti na sedmibodové škále od „vůbec nesouhlasím“ (1) po „naprosto mě vystihuje“ (7). Podle klíče se pak interpretace provádí na základě průměru položek, které sytí každou ze subškál, mezi nimi například „automaticita“ kouření, ztráta kontroly nad vlastním kuřáctvím, síla bažení, pozitivní a negativní posílení, motiv kontroly váhy, tolerance (Piper et al., 2004).

Protože inventář zatím v našich podmínkách není standardizován, provedla jsem jeho překlad do českého jazyka a tuto verzi výzkumně zařadila do programu počátečního „diagnostického“ sezení a pro srovnání také znovu po tříměsíčním koučování. Na závěr jsem s klienty nálezy diskutovala a ptala se jich na vlastní kvalitativní zhodnocení posunu na základě vlastní zkušenosti ve srovnání s rozdíly ve skórování na počátku a na konci našeho setkávání v tomto inventáři. V příloze uvádím pro přesnost kromě původního, anglickojazyčného záznamového archu i verzi v mém překladu, kterou dostávali probandi k vyplnění.

- „**Kuřácký assessment**“, - polostrukturovaný dotazník vytvořený autorkou studie, který tvořil podklad pro **individuální rozhovor** s každým subjektem, byl sestaven z převážně otevřených otázek k šesti s kouřením souvisejícím tematickým okruhům:
 - informace o zdravotním stavu a životním stylu
 - informace o užívání tabáku
 - připravenost přestat kouřit
 - motivace
 - minulé pokusy přestat kouřit
 - faktory spojené s odvykáním.

Funkce, kterou assessment v celém procesu plnil, byla zejména anamnestická, mým zájmem bylo každého probanda před zahájením fáze koučování dobře poznat a navíc zjistit, zda není třeba spolupracovat s lékařem. Tento nástroj nám poskytl přesné a důležité informace o probandově psychickém a somatickém zdraví a lifestyleových návycích, o intenzitě, délce, frekvenci a dalších specifikách jeho kuřáctví, o faktorech působících na jeho motivaci přestat včetně zkušeností z minulých pokusů, podpory okolí, obav a bloků, bránících mu uspět v odvykání a zároveň i další zdroje, na které jsme mohli navázat při následném koučinku jedinečném pro každého klienta. Celý podklad pro tento rozhovor je součástí příloh.

5.4.2 Koučinková fáze

Etapu samotného koučování by se dala označit jako reciproční: klient - proband dostával zdarma službu avizovanou jako účinnou při zvyšování motivace obecně, zatímco kouč - výzkumník měl možnost probanda při opakovaných setkáních pozorovat, učit se porozumět jeho prožívání a reagovat na jeho individualitu „na míru šitými“ otázkami. Nástrojem sběru dat v této fázi byl tedy sám výzkumník. Specifikem koučování, které v této fázi dominovalo, je právě zaměření na klienty a osobitý přístup ke každému z nich. Proto není nikdy možné generalizovat a uvádět předem soupis kladených otázek, podstatou této metody je **polostrukturovanost na základě schématu** (Miovský, 2006, s. 159) – tím je využití některého koučovacího modelu (v našem případě The GROW, popsany detailně v kap. 1.5.1), na jehož základě jsme schopni identifikovat přibližnou tematickou strukturu otázek.

U polostrukturovaného interview tedy máme definované tzv. jádro interview, tj. minimum témat a otázek, které má tazatel za povinnost probrat. Máme tak určitý stupeň jistoty, že všechna tato témata probrána skutečně budou. (...) Na toto jádro se pak nabaluje množství různých doplňujících témat a otázek, které se tazateli jevíly jako smysluplné či vhodně rozšiřující původní zadání (Miovský, 2006, s. 160).

Je však třeba mít vždy na paměti, že hlavní postavou celého procesu je klient, který v podstatě vede nás. To klade velké nároky na koučovu pružnost a schopnost improvizovat, kterou koučink přímo vyžaduje.

I tato fáze nám poskytovala informace o každém klientovi a proto je nesporně nutné mezi metody sběru dat zařadit v ní probíhající **polostrukturovaný rozhovor**, vyplývající z (The) GROW a s ním souvisejících konkrétních koučovacích technik (SMARTER, matice změny, využití metafor, debriefing apod. viz kap. 1.5).

Avšak nepodléhejme mylnému dojmu, že zde snad koučink byl využit jako explorační technika sloužící primárně ke sběru dat. **Hlavním smyslem této fáze bylo představit klientovi koučování a integrovat je do portfolia metod, které při tomto pokusu přestat kouřit využil, abychom mohli posléze jeho přínosy společně vyhodnotit.**

5.4.3 Evaluační fáze

V poslední etapě celého projektu jsme využili některých již výše popsaných technik - opakovali jsme vyplnění FTND a WISDM-68 a kvalitativní porovnání „vstupních a výstupních“ nálezů nám poskytlo příležitost k rozhovoru s klientem o konkrétních dosažených změnách. Diskutovali jsme také některé vybrané otázky z „kuřáckého assessmentu“, zejména ty, které se týkaly zdravotního stavu a životního stylu.

Po posledním setkání byl každému klientovi zaslán odkaz na stránku VyplnTo.cz, kde byl umístěn dotazník zpětné vazby k celému projektu s 25 hlavními položkami. Sběr těchto dat probíhal po dobu dvou týdnů, kdy měli účastníci projektu k dotazníku neomezený přístup. Poté bylo šetření uzavřeno a výsledky interně zpracovány, tzn., že k nim kromě autorky projektu po celou dobu sběru dat ani později neměl přístup. Dotazník zahrnoval otevřené a škálovací otázky a prostor pro komentáře k nim a byl vyplněn všemi devíti absolventy projektu. Nálezy z této fáze považujeme za jedny z nejdůležitějších v rámci celé studie, protože nám poskytují odpovědi na převážnou část našich výzkumných otázek. Textovou podobu tohoto dotazníku, která však bohužel zdaleka nedosahuje „uživatelské příjemnosti“ své původní webové verze, uvádím v příloze.

5.5 METODY ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZY DAT

Získaná data byla vždy zpracována do formy psaného textu s následujícími specifiky.

- Použité dotazníkové metody byly opatřeny vlastními záznamovými archy, s nimiž pracovali probandi přímo.
- Odpovědi na otázky polostrukturovaného interview založeného na „kuřáckém assessmentu“, autorka zanášela v jeho průběhu do vytištěných personalizovaných formulářů (viz příloha).
- V průběhu fáze koučování byly polostrukturované rozhovory se svolením účastníků studie současně stručně zapisovány ve formě poznámek a v zájmu zachování co nejvíce souvislostí neprodleně přeneseny do elektronického záznamu v počítači. Nebyla tedy prováděna jejich doslovná transkripce, ale pouze záznam významných a pro účely koučinku a výzkumu obecně zásadních momentů. Zapisování ve větším rozsahu by bylo, stejně jako pořizování audiovizuálních nahrávek, značně kontraproduktivní k našemu záměru vyvolat v klientech důvěru a přimět je k otevřenému a svobodnému uvažování a vyjadřování, z téhož důvodu nebylo možné zapojit zapisovatele. Stejně tak bychom riskovali újmu na koučově schopnosti pružně reagovat na to, co bylo klientem sděleno. Náš způsob zpracování tímto způsobem získaných dat se nejvíce blíží tomu, který Hendl (1997) označuje jako **shrnující protokol**.
- Údaje zjištěné ze závěrečného dotazníku zpětné vazby byly vyplněny a odeslány probandy elektronickou formou přímo prostřednictvím webové stránky Vyplnto.cz, kde byly bezpečně uloženy pod ochranou účtu autorky výzkumu, která s nimi pak mohla pracovat v programu MS Excel.

Z důvodu relativní dlouhodobosti a velkého záběru projektu jsem nashromáždila v jeho průběhu obrovské množství kvalitativních i kvantitativních dat. Pro zachování požadované formy naší práce v této fázi i její přehlednosti bylo rozhodnuto přistoupit ke zpracování a následné analýze pouze té části z nich, která se vztahuje k dříve identifikovanému cíli a na jeho základě formulovaným výzkumným otázkám.

Data byla ze stejných důvodů analyzována především deskriptivně za pomoci tabulek, grafů a komentářů.

Deskriptivní přístup ke kvalitativní analýze dat je ve svém užším pojetí založen na předpokladu, že procesy třídění, klasifikace a deskripce jsou samy o sobě analytickým postupem a hlubší analýza kvalitativních dat jsoucí za tyto fáze je příliš spekulativní. (...) proces třídění a klasifikace kvalitních dat vyžaduje více než pouhou mechanickou aplikaci předem navržených procedur a že toto zpracování samo o sobě je kreativním procesem. (...) Souhlasit lze také s tím, že kvalitní deskripce může mít velkou hodnotu. Deskriptivní přístup v oblasti analýzy dat tvoří jakousi základní bázi, z níž vycházíme a k níž se zpětně při interpretaci vztahujeme (Miovský, 2006, s. 220-221).

Ta, která byla k dispozici již před ukončením projektu (tj. například srovnání výstupů z WISDM-68, FTND, některé kvalitativní nálezy z polostrukturovaných rozhovorů a samozřejmě veškerá data z koučinkových sezení průběžně), jsem rozebrala ještě s klienty v rámci závěrečného sezení. Mnoho nástrojů bylo možno analyzovat i kvantitativně, což je běžnější pro jejich využití ve výzkumné praxi, nicméně pro naše účely kvalitativní rozbor poskytl mnohem přínosnější nálezy, protože na jejich základě bylo možno hlouběji poznat probandy jako jednotlivce a lépe porozumět tomu, co nám sdělují.

6. VÝZKUMNÝ VZOREK

6.1 VÝBĚR VÝZKUMNÉHO VZORKU

Informace o chystaném projektu Koučink jako podpůrná metoda při odvykání kouření a o možnosti se do něj přihlašovat byla šířena zejména prostřednictvím těchto čtyř oficiálních kanálů:

- V Referenčním centru léčby závislosti na tabáku III. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze na Karlově náměstí byl po dohodě s lékařkami a schválení návrhu výzkumu přednostou kliniky prof. MUDr. Svačinou a etickou komisí VFN umístěn informační plakát a letáky (viz příloha)
- Česká koalice proti tabáku o.s. na svých webových stránkách bezcigaret.cz vyvěsila oznámení o projektu na úvodní straně.
- V interní uzavřené skupině Studenti psychologie FF UK na facebooku, která má 321 členů, byla oznámena žádost o šíření nabídky zařazení se do projektu mezi studenty a jejich známé a přátele, kteří si přejí přestat kouřit.
- Na osobní webové stránce autorky projektu expertkouc.cz byl vyvěšen odkaz na elektronický informační leták a kontaktní e-mail, jehož prostřednictvím se realizovalo přihlašování.

Ve výsledku se přihlásilo 18 zájemců, jimž byl všem e-mailem zaslán informační leták a nabídnuty čtyři alternativní termíny informační schůzky, na kterou se čtyři původní zájemci o účast z časových nebo jiných důvodů nedostavili a další dva vyjádřili nesouhlas se zařazením dat do výzkumu a nebyli proto do studie přijati. Ostatních 12 osob se stalo probandy této studie.

Výzkumný vzorek byl sestaven z vybraných příslušníků základního souboru, jímž byli ***kuřáci odhodlaní během následujících šesti měsíců přestat kouřit***, na základě kombinace samovýběru a záměrného výběru přes instituci

(Centrum pro léčbu závislosti na tabáku). Probandi získali prostřednictvím některého z výše zmíněných zdrojů informací o konajícím se projektu a z vlastní iniciativy se přihlašovali. V případě samovýběru je pro nás zásadním, že:

... se jedná o situaci, kdy více potenciálním účastníkům výzkumu nabídneme možnost se do výzkumu zapojit a je na jejich volbě, zda tak učiní, či nikoliv. (...) musejí aktivně projevit svůj zájem zapojit se do výzkumu, nikoli pouze souhlasit s přímou nabídkou k účasti (Miovský, 2006, s. 133).

Kritériem výběru bylo výše zmíněné rozhodnutí přestat kouřit v následujícím půl roce a vzhledem k zaměření studie z důvodů právně-etických i věk nad 18 let. Nebylo již specifikováno, o kolikátý pokus o odvykání se má jednat, kolik let a cigaret denně mají zájemci kouřit atd. – cílem bylo získat nikoliv nutně reprezentativní, ale zejména heterogenní vzorek. Více k tématu výběru výzkumného vzorku uvádím v kapitole Diskuse.

6.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU

Z přihlášených 18 bylo do výzkumného vzorku zařazeno celkem 12 osob žijících v Praze, z nich 4 muži a 8 žen. Z celkového počtu probandů nicméně 3 svou účast ve výzkumu ukončili předčasně (tzn. po méně než šesti výzkumným plánem požadovaných setkáních), důvodem byla subjektivně vnímaná náročnost projektu (proband č. 12), neshoda v časových možnostech (č. 11) a v jednom případě zůstal důvod neznámým, když překvapivě s klientkou (č. 10) po čtyřech úspěšných setkáních nadále nebylo možno navázat žádnou formou spojení.

Z údajů sdělených v průběhu polostrukturovaného interview v počátečním, „diagnostickém“ sezení a z vyšetření FTND a BDI-II jsem získala o výzkumném souboru probandů následující informace:

Skupina zbývajících výzkumných subjektů (1-9), kteří projekt dokončili, zahrnovala **2 muže a 7 žen ve věku od 20 do 44 let** (aritmetický průměr, medián i modus je roven 28). Všichni účastníci studie měli přinejmenším ukončené středoškolské vzdělání a nejčastěji byli buď právě studenty některé vysoké školy či jejími absolventy.

Dosažený skór ve Fagerströmově testu nikotinové závislosti varioval mezi **0-6**, tedy mezi velmi nízkým a vysokým stupněm fyzické závislosti na nikotinu. Dosažený skór v Beck Depression Inventory (BDI-II) vypovídal o tom, že většina skupiny probandů byla nedepresivní, jedna osoba (proband č. 5) mírně depresivní a jiná osoba (č. 3) středně depresivní - ta byla na základě tohoto nálezu a na vlastní nezávislou žádost odkázána na lékařskou intervenci, v projektu nicméně pokračovala.

Všichni probandi (a to dokonce včetně tří, kteří skončili předčasně) **začali kouřit pravidelně před dosažením 18. roku věku**, což odpovídá statisticky podloženým zjištěním prezentovaným v teoretické části této práce (viz str. 33). **Průměrným věkem první cigarety bylo 13 let** (ve dvou případech dokonce dříve než v deseti letech). S pravidelnou cigaretou v ruce strávili probandi doposud **od 5 do 26 let** (s mediánem 10 let), nejčastěji kouřili v průběhu celého dne a to v průměru **od 2 do 20 cigaret** (s mediánem 7 cigaret) denně.

V našem výzkumném vzorku dva probandi (č. 7 a 8) uvedli nulu jako svůj minimální počet denních cigaret, nicméně všichni ostatní **potřebovali každý den přinejmenším 1 až 5 cigaret**, přičemž první z nich **kouřili po 15 minutách až 12 hodinách po probuzení** (s mediánem dvou hodin). Naprostým „kuřáckým rekordem ve skupině bylo 40 cigaret vykouřených v jednom dni, nejnižší hodnotou v této kategorii pak 13 cigaret.

Ani v jednom případě se u našich probandů **nejednalo o první pokus přestat kouřit**, nejčastěji se o to nyní snažili podruhé či potřetí. Ve společné domácnosti s dalším kuřákem (spolubydlicí, partner, rodič, sourozenec) žili 4 z nich,

většinou se však kouřilo pouze v oddělených místnostech (například vlastní pokoj) nebo mimo obytné prostory (na balkoně, na chodbě).

Míra důvěry ve vlastní schopnost přestat při tomto pokusu kouřit se na škále od 1 do 10, kde 1 znamenala „nejméně“ a 10 „nejvíce“, pohybovala mezi 6 a 9, s nejčastější hodnotou 7. Pro každého probanda však číslo mohlo vyjadřovalo jinou míru, proto bylo žádoucí posléze pro upřesnění a vzájemnou kalibraci požádat o verbalizaci odpovědi.

V následující tabulce (č. 2) uvádíme souhrn popsanych údajů v přehledné podobě s následující legendou. Probandi, kteří projekt nedokončili, jsou pro zajímavost uvedeni na pravé straně tabulky (10, 11, 12):

klient	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
pohlaví	M	Ž	Ž	Ž	M	Ž	Ž	Ž	Ž	Ž	M	M
věk	29	22	28	34	28	25	24	20	44	24	32	33
vzdělání	vš	vš	vš	Mgr	Bc	Bc	Bc, vš	vš	Mgr	VOŠ	SŠ	Bc
FTND	1	3	1	4	3	6	0	0	1	0	5	8
BDI	2	1	26	6	16	6	4	4	3	8	9	0
věk 1.cg	16	12	10	13	15	14	16	14	8	18	13	11
kouří let	10	7	13	19	10	10	7	5	26	3	16	18
kdy	V	R,V	O	O	O	O	V	O	O	V	O	R
cg/d	5	10	7	10	10	20	2	3	5	5	15	30
1.cg po	12h	>1h	>2h	45m	15m	20m	>12h	>4h	2h	>2h	1h	3m
min cg	1	2	1	5	5	3	0	0	2	0	8	20
max cg	40	20	40	13	20	30	40	15	20	10	40	60
pokus č.	3	2	5	3	8	2	4	3	2	2	2	3
doma	ne	ano	ano	ne	ne	ne	ne	ano	ano	ne	ano	ano
věří	6	7	8	7	8	7	6	9	7	8	10	7
setkání	8	9	9	9	8	9	9	8	9	5	4	3

tabulka č. 2 – charakteristika výzkumného vzorku

Legenda k tabulce č. 2:

- **pohlaví:** M - muž, Ž - žena
- **vzdělání:** SŠ - ukončené středoškolské, VOŠ - ukončená vyšší odborné, vš - studuje vysokou školu, Bc - ukončené bakalářské studium, Mgr - ukončené magisterské studium
- **FTND:** dosažený skóre ve Fagerströmově testu nikotinové závislosti (1-10 bodů)
- **BDI:** dosažený skóre v Beck Depression Inventory (0-63 bodů)
- **věk 1.cg:** věk první cigarety
- **kouří let:** kolik let doposud pravidelně kouří
- **kdy:** může identifikovat denní dobu, kdy kouří nejvíce? R - ráno, V - večer, O - přibližně stejně v průběhu celého dne
- **cg/d:** průměrný počet vykouřených cigaret za den za posledních šest měsíců
- **1.cg po:** po jak dlouhé době od probuzení průměrně kouří každý den první cigaretu, m - minut, h - hodin, > více než, < méně než
- **min cg:** minimální denní počet vykouřených cigaret - za celou „kuřáckou kariéru“ – kolik cigaret na den minimálně potřebuje
- **max cg:** „kuřácký rekord“, kolik vykouřil nejvíce cigaret za den (častěji noc)
- **pokus č.:** kolikátý pokus přestat kouřit zapojení se do tohoto projektu představuje
- **doma:** žije ve společné domácnosti s alespoň jedním kuřákem?
- **věří:** na škále od 1 do 10, kde 1 znamená „nejméně“ a 10 „nejvíce“, jak moc věří, že tentokrát přestane kouřit
- **setkání:** uskutečněný počet setkání celkem včetně informační schůzky a diagnostického sezení

7. INTERPRETACE DAT

V této části práce jsou uvedeny odpovědi na výzkumné otázky a některé zajímavé souvislosti, o nichž jsem se v rámci svého výzkumu dozvěděla. Považuji za naprosto nezbytné zde doslovně citovat samozřejmě anonymizované, vybrané výpovědi svých probandů, abychom si mohli udělat co možná nejpřesnější obrázek o jejich pohledu na naši problematiku, vyjádřený jejich vlastními slovy. Dalším přínosem jejich uvedení je umožnění lepšího vhledu do tématu a pochopení jejich osobitosti všem, kteří neměli šanci s nimi hovořit.

„Nikdy není možné zkoumat a interpretovat bez jakýchkoliv předpojatostí. Vždyť jsme ovlivněni různými faktory, které souvisejí s naší individuální historií a zkušeností a které se promítají samozřejmě také do našeho způsobu uvažování o problému, který zkoumáme,“ říká Miovský (2006, s. 83) a já s ním nemohu nesouhlasit – je více než zřejmé, že jsem si obě témata vybrala pro dlouhodobou profesní i osobní zkušenost s nimi a to se nutně musí promítat i do mého uvažování o nich. Svým způsobem interpretací je již pouhý výběr citací probandů který předkládám – i ten má sám o sobě výpovědní hodnotu.

7.1 Očekávání od koučinkového programu

V úvodním „kuřáckém assessmentu“ jsem se klientů ptala, v čem jim bude pomoc odborníka užitečná a co konkrétně očekávají od našeho programu, jaká je jejich motivace k registraci. Jednak si klienti od koučinku slibovali pomoc s kognitivní prací na tématu toho, proč kouří, co je k tomu vede, k čemu cigarety potřebují:

- „... vydolovat z hlavy, k čemu cigarety potřebuju...“
- „... přijít na to, proč kouřím...“
- „... uvědomit si věci...“
- „... začít to víc analyzovat a uvědomit si, jak to je...“

- „... *identifikovat situace, kdy kouřím...* “

Zdá se, že tito probandi očekávali, že podaří-li se jim zjistit důvody toho, proč kouří, pomůže jim to přestat:

- „...*a přijít na to, že to vlastně nepotřebuji...* “

Dalším motivem pro přihlášení se bylo zvýšení motivace, avizované i v autorkou vytvořeném propagačním letáku a můžeme tedy uvažovat, že klienti jím tak mohli být predeterminováni.

- „... *udržení si pozitivní motivace a myšlení...* “
- „... *zvýšit motivaci, podpořit, posílit...* “

Některé probandy do našeho programu, i přes informace o metodě opačného charakteru uvedené v letáku, přivádělo očekávání direktivity, ohlídání, zajištění disciplíny:

- „... *suplovat druhou osobu, která hlídá mé nekouření...* “.

Považovala jsem za podstatné, aby očekávání došla naplnění a klienti po skončení programu neodcházeli s pocitem rozčarování. Protože jsem podobnou situaci ze zkušenosti předjímal, informovala jsem je hned na informační schůzce, že se z podstaty koučinku nebude jednat o direktivní vedení, ale že naopak oni budou těmi, kdo celý proces řídí. Nicméně po skončení programu někteří z nich uvedli, že k tomu, aby přestali kouřit, by byli potřebovali direktivnější program a vnější kontrolu. Domnívali se, že je tomu tak proto, že na počátku nebyli skutečně rozhodnutí přestat a možná „uvnitř“ doufali, že kouč udělá část této práce za ně.

- „*Čekala jsem, že na mě bude koučovací styl více fungovat, ale asi potřebuji pevnou ruku, jinak průběh koučování byl příjemný.* “

Probandi od koučinku také očekávali možnost s někým nezávislým otevřeně hovořit, vypovídat se, porozumět si, připravit se na odvykání a jeho jednotlivé fáze - najít náhražky, zajistit si předem podporu okolí, zvýšit sebekontrolu.

- „Splnilo to moje očekávání. Chtěla jsem přestat kouřit, ale nevěděla jsem jak. V Centru pro závislé na tabáku byla podpora nulová. Vnitřně jsem cítila, že potřebuji přijít na kloub tomu, proč cigarety potřebuji k životu. Když jsem se s tímto svěřila v Centru, jedna paní doktorka mi sdělila, že to je ztráta času.“

7.2 Co je koučink?

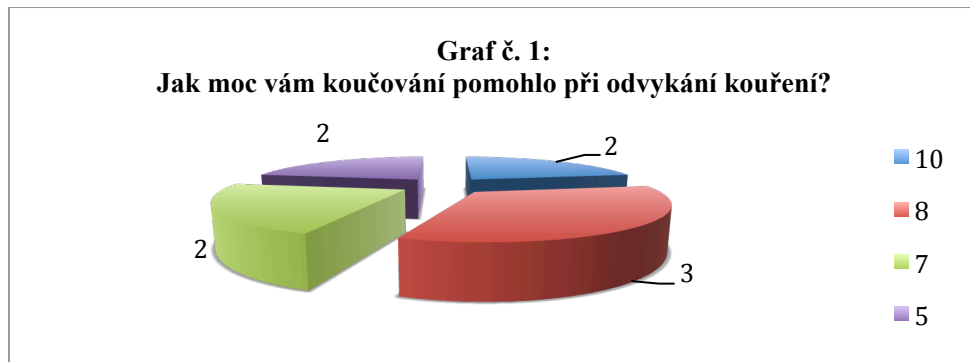
Na to, jak klienti programu Koučink jako podpůrná metoda při odvykání kouření vnímali metodu práce jsem mohla teoreticky usuzovat průběžně - například z jejich přístupu, dodržování nebo častého přesouvání termínů schůzek, ochoty spolupracovat, dochvilnosti i úspěšnosti plnění dílčích cílů. Zajímalo mě také, jak koučink na základě této vlastní zkušenosti po skončení projektu popíše. To mi posloužilo mimo jiné i k určitému stupni kontroly konzistence a kvality mé práce. Ze souhrnu odpovědí na otázku v dotazníku zpětné vazby koučink vnímali jako formu podpory, pomoci s hledáním motivace, cíle a cesty k němu, případně také vedení či doprovázení nezávislou osobou, externistou.

- „... hledání motivace, určení cílů a vedení k jejich dosažení...“
- „... podpora a pomoc klientovi na cestě za splněním jeho cíle pomocí stanovení jednotlivých kroků, zjištění, co mu k jeho dosažení pomáhá, případně brání...“
- „... pokec o problému, předcházejícím, aktuálním a případném budoucím stavu. Nenásilná forma vytyčování cílů a kontrola jejich dodržování, případně korigování nevhodného chování.“
- „... profesionální provázení člověka při dosahování osobních či pracovních cílů...“
- „... psychická podpora a pomoc v hledání dalších možností v procesu nějaké změny, nebo jen v osobním vývoji...“
- „... společné hledání cíle klienta, jeho motivace a provázení k cíli“
- „... vedení k vlastnímu sebemotivování a stanovování cílů sobě sama. Vedení k uvažování o problému a hledání cesty k řešení. Není to direktivní metoda, spíše jakési doprovázení k sebeřízení/sebevedení.“
- „... za pomoci nezávislé osoby si mohu přijít na jádro mého problému. Pouze to, že začnu o problému hovořit nahlas, mě pomůže k utřídění mých myšlenek. Kouč mě svou otázkou (svým úhlem pohledu) může přivést k odkrytí dalších rovin.“

- „... podpoření sebe sama v čemkoliv externistou. Cílem není doporučovat best practice, nýbrž řešení má jedinec identifikovat sám, čímž se zvyšuje pravděpodobnost úspěchu.“

7.3 Přínosy koučinku při odvykání kouření

Požádala jsem klienty, aby s využitím desetistupňové škály (kde 1 znamená nejméně a 10 nejvíce, viz i dále), s níž jsme pracovali po celou dobu našeho setkávání, a tedy kterou důvěrně znali, po jeho skončení odhadli přínos koučování při odvykání kouření. Následující graf č. 1 ukazuje hodnocení probandů:



Mezi **konkrétní přínosy použité metody** při řešení našeho specifického tématu respondenti často řadili zvědomění a zmobilizování své zodpovědnosti, plánování konkrétních - malých - kroků, vizualizaci obtížných situací, pravidelnost setkávání a pocíťovaný závazek, vyjasnění si cíle a jeho správné definování, systematickosti a umožnění identifikace skrytých příčin kouření.

- „Určení konkrétních činností, co dělat místo kouření - co pomáhá. V první fázi sledování a definice situací, v kterých kouřím. Krizový plán. Akční plány.“
- „Po malých krocích jsem odstraňovala to, co je opravdu snadné oželeť, ale do té doby jsem si to neuvědomovala. Našla jsem odvahu si stanovit velmi vysoký cíl a pracovat na něm.“
- „Podpora vůle a vydržení ... celé je to prostě proces... proberou se jednotlivé situace a kroky.“
- „Pravidelné schůzky, sdílení úspěchu s další osobou, které na tom také záleží.“

- „Udržení motivace i po relapsech.“
- „Vědomí, že změna je jen v mých rukách, sdílení info o tom, že přestávám s koučem - jakýsi vnitřní závazek, to že společně s koučem hledáme cesty k realizaci mého cíle v běžných podmínkách mého života.“
- „Vyjasnění cíle, vědomí, že jsem na to sama a musím se sama rozhodnout, postupem času jsem začala nenávidět otázku: **A co proto můžeš udělat**, to mě trochu demotivovalo, protože jsem měla pocit, že už jsem toho vyzkoušela mraky a prostě už nevím, ale to mě vlastně pomohlo, protože jsem si vyjasnila, co chci a znovu se mi potvrdilo mé pedagogické heslo: malý cíl = dobrý cíl.“

Klienti byli také požádáni o **zvážení výhod a nevýhod využití koučování při odvykání kouření**. Opět jsme narazili na téma subjektivně vnímané nedirektivity koučinku při řešení závislosti, mezi dalšími nevýhodami se objevila i otázka vyšší ceny koučinku (v případě našeho programu, který byl poskytován zdarma, spíše teoretická), která je však obratem zodpovězena návrhem zužitkování peněz ušetřených za cigarety. V koučinku se projevuje efekt, díky němuž začínají klienti provádět činnosti, které jsou jeho předmětem, vědomě. Zřejmě stojí za úvahu, není-li pro některý typ klientů, kteří si stanovují cíl ve znění „přestat kouřit“, vhodnější jít jinou cestou než prostřednictvím zvědomování - to může být alespoň v prvních chvílích, kdy nechtějí, aby se jim kouření připomínalo, aby na ně mysleli, kontraproduktivní. Výhod klienti uvedli více – identifikace podstaty problému, nenásilná forma, která většině probandů vyhovovala, osobní přístup, otevření možností aj.:

- „Může se přijít na samou podstatu problému. Kouření je důsledek něčeho.“
- „Výhody - nenásilná forma, kdy se kuřák k přestání s kouřením připravuje nakonec sám za sebe a má tak větší šanci, že s tím opět nezačne po skončení programu. Nevýhody - pro někoho možná málo přísné.“
- „Výhody: člověk v tom není sám, má vedení/podporu, zvědomí si a ujasní spoustu věcí (co mu kouření dává, co získá nekouřením, co jemu konkrétně pomáhá...), má nad sebou tak trochu dohled (bič) a víc se snaží (teda já to tak mám). Nevýhody: nenapadají mě, snad finance, ale když se ušetří na cigaretách, tak není co řešit.“

- „Výhody: nalezení a podpora motivace k odvykání, nalezení jasného cíle, nevýhody: závislostní chování potřebuje pevné hranice, pokud si je má člověk stavět sám v sobě na své vůli, tak je podle mě potřeba dlouhodobá práce, nebo direktivní přístup.“
- „Výhody = uvědomění si podstaty, proč kouřím a hledání odpovědí, jak se se situacemi, kdy si zapálím vyrovnávat. Hledání motivace, zjištění, jak probíhá fyzická závislost. Nevýhody = pokud by nebylo bezplatné, tak asi vysoké finanční zatížení pro někoho, kdo tolik peněz nemá.“
- „Výhody převažují nevýhody. Výhodou je osobní přístup, racionální hledání vlastní cesty, kdy člověk má někoho, kdo ho postrkuje směrem dopředu, otevírá mu obzory v možnostech a dává mu jistou zpětnou vazbu při jeho cestě za daným cílem.“

7.4 Další změny v životě probandů

Kromě změn, které přímo souvisely s odvykáním kouření, se koučink promítl i do dalších rovin života klientů. Mezi nejvýraznější změny, jichž jsme si povšimli, patří **omezení konzumace kávy** (ve dvou případech i její naprostá eliminace), často pro její asociaci s kouřením zejména v ranních hodinách a při práci. Jejím vynecháním alespoň po dobu nejakutnějších abstinenčních projevů klienti zamýšleli rozvázání této spojitosti s cílem zvýšení pravděpodobnosti úspěchu přestat kouřit. Někteří se plánovali se k jejímu pití posléze vrátit, až si budou jistější svou schopností vydržet nekouřit, jiným nechyběla nebo stačila v malém množství.

Podobný nálezný se týká **alkoholu**, k redukci jehož užívání došlo zejména u těch probandů, kteří měli kouření silně spojeno se sociálními aktivitami (večírky, posezení s přáteli apod.). Z důvodu zmírnění nebezpečí ztráty kontroly i pnutí, které v nich nekouření na obvyklých místech (bar) a se známými lidmi (dalšími kuřáky) a při navyklé činnosti (pití alkoholu) vyvolávalo, tyto aktivity na dobu předběžně neurčenou často záměrně či podvědomě omezili.

V souvislosti s dalšími **změnami životního stylu** se také u většiny klientů zvýšilo množství konzumované zeleniny, ovoce, zařadili si do týdenního rozvrhu větší objem sportovních aktivit, nastal celkový pocit ozdravení. Změna proběhla i v **oblasti trávení volného času a zájmů** - pět klientů například začalo nezávisle na

sobě hrát na strunný hudební nástroj (kytara, housle, basová kytara), jiní s sebou nosili křížovky a sudoku, někteří další v souvislosti s potřebou naučit se více odpočívat jiným způsobem než s cigaretou v ruce rozšířili svou knihovnu či se naučili některé relaxační a meditační techniky, které pak aplikovali.

- „*Jídlo asi souvisí se snížením počtu cigaret a tím větší chuti k jídlu... ostatní změny zatím neproběhly, ale možná to s tím trošku souvisí... uvažuji nad prací a studiem a o tom, že bych se měla zase trochu posunout.*“
- „*Objevila jsem pro mě nový sport, začla jsem se mu příležitostně věnovat, více času si umím vyhradit na sebe, kladu si přiměřenější cíle.*“
- „*Více sportuji, méně kouřím a více pracuji.*“
- „*Vyhledala jsem výživového specialistu, začala jsem pravidelně cvičit. Zhubla jsem 3 kg.*“
- „*Kladení přiměřených cílů. Věnování se sobě sama, relax.*“
- „*Nové zaměstnání!*“

Významné změny proběhly u klientů také **v rovině vztahové** (zaznamenali jsme dva rozchody s partnerem a u více probandů urovnání vztahů v rovině) a **v rovině kognitivní**. Ze zkušenosti s koučinkem si mnoho z nich odneslo nový způsob uvažování o nastavování cílů, motivaci k činnostem nebo například rozhodování. Považují za důležité si nadále klást otázky a vizualizovat situace před jejich realizací.

7.5 Cíle klientů a jejich význam

Jak bylo uvedeno, jedním z kritérií výběru do našeho programu bylo rozhodnutí v dohledné době přestat kouřit. Odvykání jsme považovali za téma našeho setkávání, neznamená to však, že by klienti byli nuceni přestat kouřit před skončením projektu. Ten mohli využít i k přípravě na tuto zásadní změnu v dosavadním životě. Zasáhli jsme velmi heterogenní skupinu klientů, jejichž cíle se navzájem odlišovaly. Požadavkem z naší strany bylo zachování definice cíle dle metodiky SMARTER (viz kap. 1.5.3), tzn. že vždy obsahovaly především časové vymezení, definici konkrétního úkolů, optimálně pozitivně formulovaného (bez

záporu ve větě), spadaly do kompetence klienta a byly přiměřeně realistické. Ve chvíli jeho definice většinou splňoval i požadavek na jeho schopnost zvýšit energii klientů, kteří se pro cíl často nadchli. Zároveň však byl vzhledem ke své podstatě opředen strachem z absence cigaret a neúspěchu, což jeho energetizující potenciál snižovalo. Jeho tvorba byla většinou náplní prvního, nanejvýš i druhého koučinkového sezení. Konkrétní celkové cíle tak vypadaly například takto:

- „Kouřit ode dneška jen ve společnosti přátel, maximálně 1-2 cigarety za večer, odstranit kouření z běžného života.“
- „Na konci května 2012 mít za sebou 4 týdny bez cigarety - poslední cigareta 2.5.“
- „Od 1.4. nekouřit tabák.“
- „Dostat se v příštích třech sezeních v motivaci ze 7 na 10 a pak přestat kouřit úplně s kontrolními body tři a šest týdnů.“
- „9.5. se stát nekuřákem a natočit filmový deník o svém odvykání.“
- „Od teď strávit 6 měsíců bez cigaret.“
- „Do konce května si nekoupím cigarety, mohu kouřit až 3 cigarety týdně.“
- „Pochopit do konce programu, proč potřebuji kouřit a v jakých situacích“.

Závazek splnění cíle stanoveného v koučinkovém kontraktu, jehož kopii vlastnily obě strany, byl pro klienty přinejmenším zpočátku velmi významným, nicméně s nástupem abstinčních příznaků a jiných komplikací se mohla jeho vnímaná důležitost snižovat, jak vyplynulo z komentářů a z jejich hodnocení na desetistupňové škále (viz graf č. 2):



- „Zpočátku mě hodně motivoval a byl pro mě závazný ve smyslu ‚přes to nejede vlak‘. Bohužel se mi jej nepodařilo splnit, což u mě vyvolávalo nepříjemné pocity. Jsem ráda, že došlo alespoň k jeho částečnému naplnění.“
- „Komu by se chtělo potom omlouvat, že “se mu prostě nechtělo“ ... nejde to nebrat vážně!“
- „V danou chvíli byl velice důležitý. Čas ale hraje roli, a postupně se významnost závazku vytrácí.“
- „Docela se to měnilo, na začátku hodně významný, potom se významnost snižovala, protože jsem selhávala.“
- „Zcela zásadní cíl, který bylo třeba co nejlépe splnit!!!“

7.6 Další podpůrné prostředky

Protože náš program byl koncipován jako podpůrný a nebylo naším záměrem zjistit, nakolik je potenciální úspěch probandů zásluhou pouhého koučinku, nevyžadovali jsme od klientů zdržení se dalších pomocných prostředků, technik či čehokoliv dalšího, co by zvýšilo pravděpodobnost, že se jim podaří dosáhnout cíle. Naopak jsme externí aktivitu klientů podporovali, diskutovali jejich možnosti v rámci sezení (model The GROW má dokonce etapu na jejich hledání zaměřenou). Mezi dalšími formami podpory, kterých probandi současně využívali, se uplatnily mnohé v teoretické části práce (viz kap. 2.5) popsané alternativy - paipo, elektronická cigareta, vareniklin, bupropion, nástroje substituční nikotinové terapie (žvýkačky, inhalátor, náplasti) a jejich kombinace. Pouze jedna probandka docházela do Centra pro léčbu závislosti na tabáku, další dvě se k tomu chystaly po skončení našeho programu. Také pomáhaly relaxační techniky, sport, konzumace zeleniny, pití vody, tužka v ruce ke třmání a okusování, žvýkání žvýkaček, lízání lízátek a mnoho dalších technik.

Zkušenosti s farmakologickou podporou ve formě bupropionu a vareniklinu získaly dvě klientky - Wellbutrin byl u jedné z nich využit k souběžnému zaléčení depresivních symptomů indikovaných v BDI-II, nicméně po pěti týdnech jej pro návaly vzteku a nesoustředěnosti na vlastní žádost vysadila. Další klientka s vysokým skóre ve FTND (6) zvolila Champix, s jehož účinkem

redukce bažení po cigaretě byla velmi spokojená. Popisovala, že když pak v době, kdy již vareniklin účinkoval, zkusila ze zvědavosti kouřit, vůbec jí to nechutnalo a cigaretu zahodila. Přesto za jeho užívání pokus několikrát opakovala, vždy v situaci, kdy se ocitla sama mezi kuřáky a neodolala sociálnímu tlaku. V užívání Champixu nicméně dál pokračovala a věřila, jí velmi pomáhá potlačit známky fyzické závislosti.

7.7 Finanční aspekty programu

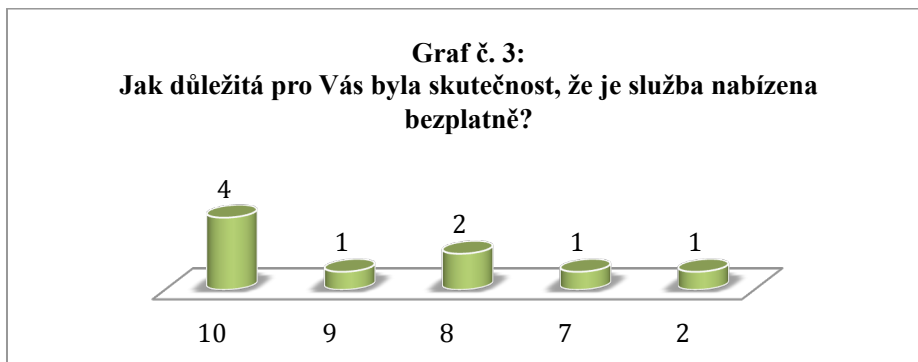
Koučink je obvykle veřejností vnímán jako luxusní služba, která zůstává „normálním lidem“ nedostupná. Česká asociace koučů na své webové stránce doporučuje za hodinový koučink následující ceny:

- *cca 1 000 - 3 000 Kč - zřejmě se jedná o cenu za tréninkové koučování u budoucích koučů procházejících odborným výcvikem, v jiném případě podezřelá cena a pravděpodobně nejde o profesionální koučování*
- *cca 3 000 - 6 000 Kč - cena běžného profesionálního kouče*
- *nad 6 000 Kč - velmi zkušený, špičkový kouč*
- *ceny za koučování vyšších manažerských pozic: zpravidla od 4 000 Kč (ČAKO, 2012c).*

Proto považuji za důležité zdůraznit fakt, že program Koučování jako podpůrná metoda při odvykání kouření byl klientům poskytnut zdarma, přičemž dostali možnost přispět dobrovolnou částkou v řádu stokorun na provozní účely, čehož většina z nich využila. Dva klienti se však chtěli podílet platbou za služby, jeden z nich ve vlastním navrženém rozsahu a druhý za běžnou tržní cenu, což jim bylo umožněno.

Pět z devíti probandů ale v dotazníku zpětné vazby uvedlo, že by se do programu nepřihlásili, pokud by nebyl nabízen zdarma. To samozřejmě souviselo s jejich věkem i se způsobem, jakým byli do projektu vybíráni, mělo to však jistě vliv i na složení souboru probandů - mnozí z nich by se nestali jeho součástí. Může

to také znamenat, že stav jejich rozhodnutí přestat kouřit a jejich motivace byly na jiné úrovni než u těch, kteří (by) za službu platili, což v důsledku jistě zásadním způsobem ovlivňuje úspěšnost společné práce. Zajímalo mě, jak důležitou roli pro klienty bezplatnost hrála (opět odpovídali na desetistupňové škále):



- „Asi bych si více rozmyšlela, zda do toho jít a asi bych to nedokončila, protože jsem posledních pár sezení byla demotivovaná svým neúspěchem a už jsem byla ve fázi, kdy jsem nechtěla nic vymýšlet a tvořit.“
- „Jako studentka bych si pravděpodobně v současné době nic takového dovolit nemohla, na druhou stranu jsem to brala i tak, že jsem se stala součástí koučova výzkumu k diplomové práci a že to tedy má i nějaký význam pro kouče.“
- „Koučování bych si platila ráda, kdyby to má finanční situace dovolila. Ve chvíli, kdy jsem nastupovala do programu, jsem opouštěla zaměstnání z důvodu 3 nezaplacených měsíčních platů.“
- „No, na plně placenou službu bych určitě neměla, takže bych na ni nešla... a kdo ví, jak by to bylo s kouřením.“
- „Placenou službu bych zřejmě v této době ještě nevyhledával a s kouřením stále zkoušel přestat sám. Zřejmě neúspěšně, stejně jako ve všech předchozích pokusech.“
- „Přiznám se, že kdyby nebyla bezplatná, tak ji asi nevyzkouším. Netušila jsem, že tato možnost vůbec existuje, takže bych se zaměřila na její propagaci. Koučování jsem vždy chtěla zkusit, ale vzhledem k vysoké ceně jsem se neodhodlala. Dnes vím, že je to velice přínosné, a určitě se v budoucnu na služby kouče obrátím i v jiných oblastech.“
- „Sama jsem se přihlásila o drobnou finanční spoluúcast.“

- „Vzhledem ke své momentální finanční situaci bych si to jinak nemohla dovolit. Obecně myslím, že to snižuje motivaci (resp. vnímaný závazek) klientů, ale můj případ to nebyl.“

Souhlasně s posledním uvedeným tvrzením, i já jsem se obávala toho, jak bezplatnost služby ovlivní motivovanost klientů. Je jistě rozdíl v tom, dostávat sezení zdarma nebo zaplatit za ně několik tisíc korun, když na ně přicházíte s nesplněným dílčím cílem... Zeptala jsem se na názor našich respondentů, kteří, ač nemají možnost srovnání, protože žádný z nich jiný koučink neabsolvoval, se domnívají vcelku shodně, že negativní účinek bezplatnosti nepocítili. Je dost možné, že efekt zvýšení motivace pracovat na cíli pomocí vysoké platby zde zastoupil u některých klientů pocit závazku vůči koučově práci. To může být pozitivem, avšak také ovlivnit místo kontroly (locus of control) probandů - zodpovědnost vůči sobě samému a by měla být hlavním hnacím motorem každého klienta, nikoliv pocíťovaný závazek k další osobě.

- „Finanční stránku celé věci jsem po rozběhnutí programu nijak neřešil, nemyslím si, že by bezplatnost programu měla negativní vliv na míru mé snahy.“
- „Když si něco koupím, přece to hned nezhodím? Finanční účast je pro mě důležitá.“
- „Myslím, že vliv na motivovanost to nemělo. Klidně zaplatím za kvalitní služby. Pokud bych nebyla spokojená, asi bych byla naštvaná, že jsem vyhodila zbytečně peníze. Takhle si mě kouč získal, mohla jsem si službu vyzkoušet, i přesto, že byla služba zdarma poskytnu koučovi příspěvek a v budoucnu se na něj určitě obrátím, nehledě na to, že i já jsem chodící reklamou, takže se o jeho službách dozví více potenciálních klientů.“
- „Spíše na mě mělo vliv to, že jsme se cítila zavázána kouči vzhledem k jeho výzkumu. Jinak si myslím, že pokud bych si službu platila, spíše bych byla předem více motivována a na základě toho bych službu vyhledala.“
- „Myslím, že to vliv nemělo, nebo jen minimální. Dělala jsem to pro sebe.“

Ve skupině probandů, jejichž **měsíční hrubý příjem varioval mezi 0 a 70 000 Kč s mediánem 15 000 korun**, nás zajímalo, jak jednotliví účastníci projektu vnímali jeho peněžní hodnotu - kolik by byli teoreticky vzhledem ke svým

příjmům ochotni zaplatit za hodinové sezení (300 - 3000 Kč) i za celý program v jeho současné podobě souhrnně (2100 – 30 000 Kč). Přitom účastníci studie, kteří původně kouřili mezi 2 a 20 cigaretami denně s průměrem 8 a mediánem 7 cigaret, ušetřili společně za dobu studie (v jejíchž přinejmenším počátečních stádiích však stále kouřili) přibližně 14 500 korun, tzn., že v průměru připadá asi 540 za cigarety neutracených korun na osobu za měsíc. Kdo však vykouří 20 cigaret, tedy jednu krabičku denně, ušetřil by (při letošní průměrné ceně balení kolem 70 Kč) za měsíc nekouření 2135 korun. Více k tématu zajímavých souvislostí finanční otázky pojednáváme v kapitole Diskuse.

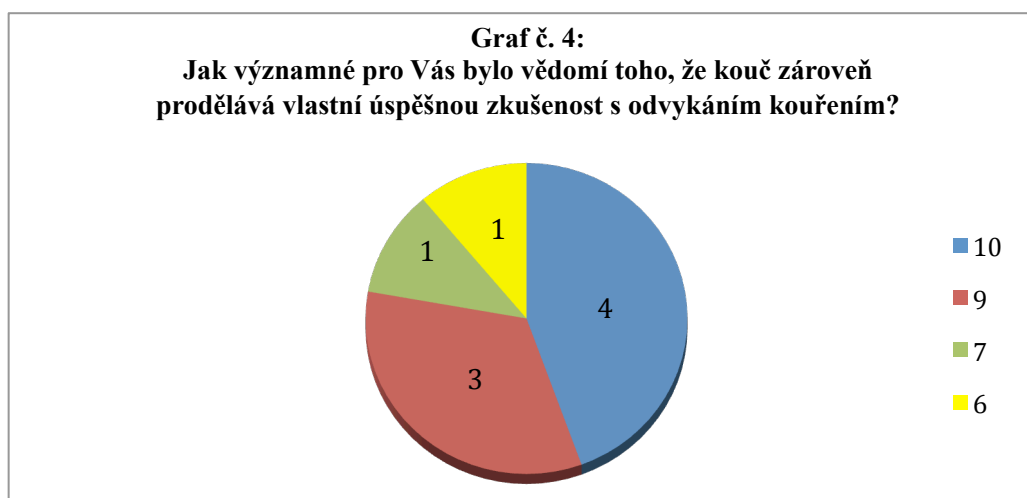
- „Asi jsem v tomto směru docela skrblik a stále bych se přesvědčoval, že jsem schopný to zvládnout sám. Tudiž bych za případný pokus s někým neměl chuť investovat přespríliš.“
- „Je to minimum, které koučovi pokryje základní výdaje, jako je pronájem atd., ale zároveň je pro mě (sociálního pracovníka) únosné.“
- „Je to opravdu hypotetické.... Myslím si však, že služba byla poskytována kvalitně a na dobré profesionální úrovni. Na druhou stranu mi přijde pro kouče méně vyčerpávající a náročná než třeba psychoterapie a od toho se odvíjí částka 400,- (vzhledem k mým info o cenách terapie).“

7.8 Inspirace osobou kouče

Před zahájením projektu, na informační schůzce jsem každému klientovi oznámila, že se v první den praktické části programu (1.3.2012) chystám po deseti letech také přestat kouřit a na požádání jsem je průběžně informovala o svém progresu. K subjektivní zkušenosti, kterou jsem prošla, se vyjádřím dále v diskusi.

Není standardním postupem, aby kouč procházel takto hlubokou zkušeností společně s klientem. Nicméně jsem cítila, že mé kouření by bylo spíše kontraproduktivním ve vztahu k mé roli, navíc jsem doposud postrádala empirickou zkušenost z odvykání, které jsem měla nyní optimální možnost si vyzkoušet.

Po skončení programu jsem se zajímala, jak tento fakt na klienty působil a jak, pokud vůbec, mohl ovlivnit jejich vlastní přístup k odvykání. Požádala jsem je o hodnocení na desetistupňové škále (graf č. 4) a komentář. Ukázalo se, že můj „pobyt na jedné lodi s klienty“, otevřenost a ochota sdílet vlastní prožitky mohly hrát velkou roli v navázání pozitivního raportu s klientem a zvýšit (jistě nejen) v jeho očích mou schopnost empatie, která se zdá být důležitou vlastností ne pouze u terapeuta, ale i kouče.



- „Rozhodně pozitivní vliv. Kdyby vás v posilovně trénoval tlouštík přikusující stehno od kachny a řval na vás, ať makáte a zhubnete, není to asi příliš profi a motivující. Otázkou je, kdyby byla osoba kouče silný kuřák, mohl by jít odstrašujícím příkladem.“
- „Bylo to hodně motivující. Ten nejlepší příklad. Doufám, že kouč zase nezačne :).“
- „Hodně silný vliv, pozitivní v tom, že ví, o čem mluvím a negativní v tom, že to hrozně zvládá a já ne, takže jsem se občas cítila trochu blbě.“
- „Mohla jsem s ním sdílet své pocity a měla jsem přitom pocit, že mi rozumí. Určitě se zvýšila důvěra. Na druhou stranu po relapsu jsem se před ním styděla.“
- „Nevím jaký vliv, ale věděla jsem, že ví asi, jak se cítíme... to je dobré.“
- „Pozitivní. Měla jsem potvrzení, že rozumí a ví, o čem mluvím. Je to také nastavení určitého zrcadla.“
- „Příklady mě netáhnou, pokud nemám uklizeno ve své hlavě. Nechci si nic zakazovat, to pro mě nikam nevede.“

- „V konečném důsledku spíše posílilo můj pocit selhání a zároveň obdiv ke kouči, informace o jeho odvykání kouření je pro mě nyní však motivací a inspirací do budoucna.“
- „Velká inspirace, obzvlášť, když se jednalo o silnějšího a dlouhodobého kuřáka.“

7.9 Spokojenost s programem

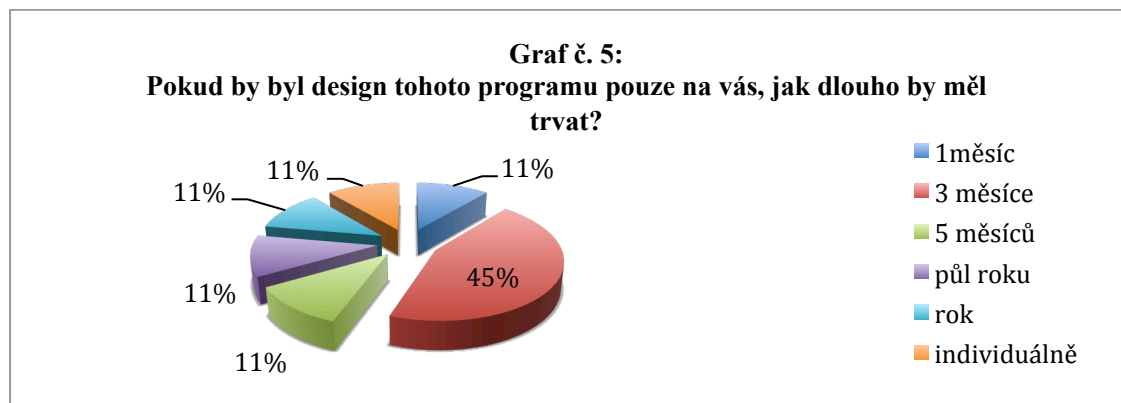
Faktem je, že většinu klientů jsem „kouřit neodnaučila“. Nebyl to ani můj záměr, jak je zřejmé z kapitoly o jejich cílech, z nichž mnoho bylo dosaženo již za doby trvání našeho programu, jiné vyžadovaly delší časový rámec. Důležité je mít na paměti, že se v případě kouření jedná o závislost, a i když je cíl vymezen například formou „získat do konce projektu kontrolu nad svým kouřením“ a ten je třeba i dále podrobně specifikován, s úspěšným koncem projektu jeho naplnění ve skutečnosti nekončí. V tom je závislost specifickým tématem, práce na jejím odstranění ve smyslu nevracení se k ní je úsilím na celý život.

Jak se však ukázalo, účast v koučinkovém programu ovlivnila mnoho oblastí života našich klientů. Z přednášky v rámci svého výcviku v psychologickém koučování i ze zkušeností z vlastní praxe vím, že efekt koučinku „dobíhá“ ještě po skončení cyklu. Nicméně již tehdy jsem se probandů ptala na jejich spokojenost s programem a zjistila, že:

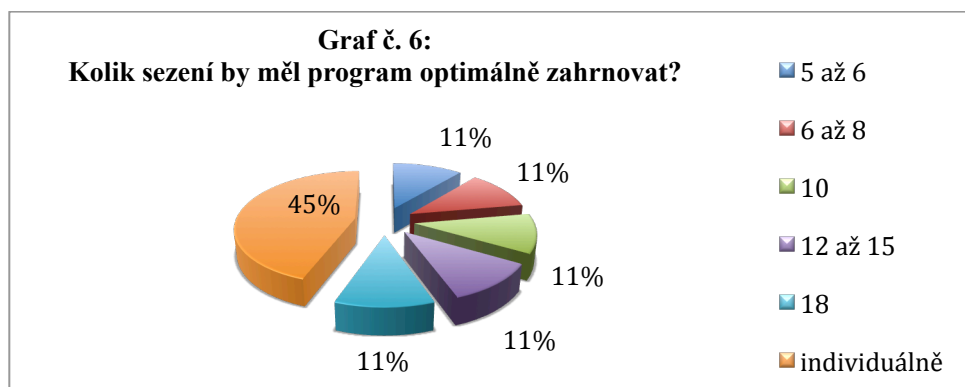
-
- 8 z 9 probandů by koučink doporučili lidem ve svém okolí jako vhodnou podpůrnou metodu při odvykání kouření,
- a čtyři klienti svou spokojenost s programem ve stávající podobě i průběhem koučinkových sezení hodnotili maximem (10) bodů, dva 9, a po jednom probandovi 8, 7 a 5.
- „Nemám sice srovnání, ale nedokážu si představit, že by kouč svou práci mohl dělat lépe. Mé představy o koučování tato zkušenost dokonce předčila.“
- „Nenapadá mě jediný okamžik, kdy bych byl s něčím v průběhu koučování nespokojený.“

- *Jak jsme již zminila, možná ze svého založení potřebuji větší direktivitu a také větší četnost setkávání na začátku.*
- *„Spokojenost s koučováním 10. Nespokojenost s tím, že jsem začala znovu, ale to je o mně. Bylo to dobře vedený, otázky mě motivovaly k přemýšlení, nenásilným, ale pevným způsobem mě směřovala k tomu, k čemu jsem si měla dojít.“*
- *„V mém případě mi koučování hodně pomohlo se zamyslet a něco udělat a myslím, že si to s sebou ještě ponesu i dál.“*

Asi polovina probandů by uvítala prodloužení programu, zatímco čtyři z nich měli pocit, že ve stávajícím rozsahu byla péče dostačující. Kdyby měli program navrhnout „sobě na míru“, **trval by od jednoho měsíce do jednoho roku** (graf č. 5),



zahrnoval by optimálně mezi pěti a osmnácti sezeními (graf č. 6), odehrávajícími se jednou za 7-14 dní a trvajícími 45-60 minut.



- „Případné prodloužení by bylo vhodné zejména pro ty, kterým by se (dílčí) úspěchy dostavily až ke konci programu a bylo by tak zásadní, aby s nimi ještě někdo nějakou dobu byl a sdílel. Jinak měsíc na rozkoukání, další na plnění závazku a třetí do zálohy = 3 měsíce 1x týdně + bonusy = 12-15 sezení. Za hodinu by se mělo dát stihnout probrat vše potřebné, více není při týdenní periodě třeba.“
- „Pro mně to bylo akorát, nenašla jsem další nové „problémy“ s kouřením, které bych potřebovala prodiskutovat a řešit... kdyby to tak nebylo, jistě bych pokračovat chtěla.“
- „Myslím, že během těch 5-6 sezení se dá zvládnout probrat to zásadní, pak už to je spíš takový ‚udržovací‘ setkávání - což někomu může ale taky vyhovovat.“
- „Nelze kvantifikovat. Je to asi od korelace: síla závislosti / síla ducha /...“
- „Pro silného kuřáka je dlouhá cesta ke dni D a potom je potřeba dále konzultovat. Jistý monitoring mi pomáhal a motivoval mne opravdu nekouřit.“

7.10 Spokojenost s osobou kouče

Jak je mnohokrát vzpomenuto výše, právě „lidský faktor“ je jednou z nejzásadnějších proměnných celého koučovacího procesu. Stačí, aby si kouč s klientem z nejruznějších důvodů „lidsky nesedli“, nebyli si sympatičtí nebo v sobě například vyvolávali nepříjemné vzpomínky, a celý průběh a efekt koučinku tím jistě utrpí. Proto jsem se v dotazníku zpětné vazby, který byl zaslán probandům až po skončení našeho setkávání, čímž jsem se jim pokusila otevřít možnost být maximálně upřímný ve svém hodnocení, ať je jakékoli, ptala také na to, jak moc jim vyhovovala má osoba v roli kouče (graf č. 7, 8):



Z komentářů se dozvídáme, jak hodnotili klienti osobu kouče a zároveň i to, co považovali z hlediska společné práce a vytvoření důvěry za podstatné:

- „Milá, ne generačně úplně jinde, přestala také kouřit, přátelská, chytrá, příjemná i vzhledem a výrazem.“
- „Myslím, že jsme si sedli hned od začátku a v průběhu žádný problém nenastal.“
- „Příjemné vystupování i vzhled, příjemný hlas. Vstřícná a flexibilní. Individuální přístup a schopnost naslouchat...neradit, ale navést člověka na řešení vlastní cestou. Inteligentní. Líbilo se mi, že koučka byla ochotná odpovědět i na otázky mířené na její osobu.“
- „Můj kouč mi vyhovoval: příjemný projev, trefné a dobře kladené otázky, které vedly k uvědomění si podstaty věci. Důležitá pro mě byla empatie a otevřenost. Kouč si u mě získal důvěru, takže jsem se snažila být otevřená a upřímná, i když to jednou zaskřípalo, což jsme si společně vyřikaly.“
- „Už podle fotografie na letáčku jsem měla pocit, že je to ‚ono‘. Andrea, i když oproti mě mladá, umí pokládat ty správné otázky.“
- „Přátelské, ale pevné vedení. A necítila jsem, že by mě nějak hodnotila, když jsem nedodržela cíl, prostě jela dál a pracovala na tom, co s tím. Přišlo mi to profesionální.“
- „Je to člověk, který získal mou důvěru a nebála jsem se mluvit pravdu i o svých neúspěších ve společné práci. Je velice vnímavá a umí ‚šít na člověku na míru‘.“
- „Milá, empatická, svojí práci má ráda - to je z ní cítit.“
- „Bylo to dobře vedené, dobré otázky - motivovaly mě k přemýšlení, nenásilným, ale pevným způsobem mě vedla k tomu, k čemu jsem si měla dojít (a nepustila :). Bylo to příjemný a profesionální.“
- „Má smysl pro humor a situaci dokáže zlehčit, takže si člověk nepřipadá jako úplný trohl, naslouchá a umí vychytat gró, netlačí, ale přitom se umí ptát.“
- „Pohodová atmosféra sezení, Andrea je kreativní, ochotná hledat cesty k řešení problémů.“
- „Sympatická, příjemný projev, trefné, správně zvolené a formulované otázky, rychlá reakce na odpovědi. Na sezení jsem se těšila, než abych měla pocit nutné návštěvy.“
- „Myslím, že ji to zajímá, rozumí tomu.“

Graf č. 8:
Doporučili byste Andreu Šmejkalovou jako kouče?



Toto hodnocení neuvádím z důvodu chlouby, ač je samozřejmě příjemné dostávat pozitivní zpětnou vazbu, ale proto, že považuji **oboustranné sympatie** v procesu koučinku za zcela zásadní faktor. Ovšem, že kouč jako profesionál má být případně schopen svého klienta přijmout, i kdyby mu třeba docela nevyhovoval jeho styl, avšak klient, jemuž je služba určena, by se měl s koučem cítit pohodlně a příjemně a neměl by muset v sezení, kde se může rozhodovat o důležitých momentech jeho života, plýtvat potřebnou energií na to, aby dokázal kouče vůbec snést.

7.11 Změny dotazníkových skóre

Ústředním motivem naší studie nebylo vyčíslit úspěšnost probandů a potažmo efektivitu koučinkového programu. Vzhledem k povaze použitých metod, jejichž nálezy jsem zpracovala, je jejich výhodou možnost interpretovat je rovněž - a troufám si říci zajímavěji - kvalitativně. Pro informaci uvádím tabulku se srovnáním vstupních (FTND1, testováno počátkem března 2012) a výstupních (FTND2, konec května 2012) skóre každého probanda ve **Fagerströmově testu nikotinové závislosti** (tabulka č. 3):

proband	1	2	3	4	5	6	7	8	9
FTND1	1	3	1	4	3	6	0	0	1
FTND2	0	0	0	2	0	0	0	0	0

tabulka č. 3 - srovnání skóre ve Fagerströmově testu nikotinové závislosti

Ve všech případech je zřejmá změna. Bylo zcela odstraněno nutkání ranního kouření do 60 minut od probuzení (položka dotazníku FTND č. 1) a u všech klientů souhrnně došlo k výrazné redukci počtu cigaret (položka č. 4), ne-li k jejich naprosté eliminaci ze života klienta, což ukazuje tabulka č. 4 (počet 1 - před zahájením programu, počet 2 - na jeho konci, * vyjadřuje velmi nepravidelné, příležitostné kouření, číslo za * určuje, kolik cigaret vykouří při jedné příležitosti – tj. v relapsu, avšak vědomém, např. na večírku, kdy si proband „dovolil“ kouřit apod.):

proband	1	2	3	4	5	6	7	8	9
počet 1	5	10	7	10	10	20	2	3	5
počet 2	3	1*	4*	5*	0	3*	1*	3*	1*

tabulka č. 4 - srovnání počtu denně /* při jedné příležitosti vykouřených cigaret před programem a na jeho konci

Uvedený nález by mohl mylně napovídat, že došlo pouze k úpravě fyzické nikotinové závislosti, k jejímu zmírnění, což by ovšem při dané občasné aplikaci nikotinu do organismu nemělo být možné. Dokážeme snad kontrolovat svou závislost? Některé nálezy vyplývající ze srovnání výsledků dvou šetření inventářem WISDM-68 napovídají, že probandi skutečně mohli získat nad závislostí kontrolu, která jim umožňuje mírnit její projevy, jako je zvyšující se počet vykouřených cigaret, kouření záhy po probuzení, zvyšování automaticity kouření i při klesajícím chuťovém uspokojení z něj apod. Jedná se o natolik komplexní nástroj, že uvedení všech nálezů by přesahovalo rámec této práce, proto bylo třeba selektovat pouze stěžejní data.

WISDM-68, využívající sedmistupňových škál (1 – „vůbec mě nevystihuje, nesouhlasím“, 7 - „naprosto mě vystihuje, souhlasím“) u 68 položek, je rozhodně vynikajícím nástrojem pro účely kvalitativní analýzy. Jednak nám dává možnost posoudit, v jaké oblasti leží hlavní motivy kuřákovy chování. Tím není myšlen hloubkový rozbor postihující nejnižší úroveň struktury jeho osobnosti, ale jednoduše nás prostřednictvím skóre souhrnně informuje o tom, zda „se mu chce“ více kouřit ve stresu nebo při odpočinku, jak moc automaticky kouří, do jaké míry jej ovlivňuje sociální okolí, jak mu kouření vlastně chutná, jak silným blokem k přestání jsou

například obavy z přibírání hmotnosti a mnoho dalších faktorů, ovlivňujících jeho kuřácké chování a prožívání. Ukazuje nám také, jaká je kuřácká vazba na cigarety, tj. vlastně, co pro něj představují a co „k nim cítí“. To vše můžeme získat v přehledné podobě ve formě 13 dílčích skóre, jejichž analýzu jsem pro každého klienta pro přehlednost provedla, nicméně nepovažuji za přínosné zde uvádět všechny nálezy z ní plynoucí. Porovnání obou skupin skóre, ale dokonce i změn na úrovni jednotlivých položek, nám poskytuje báječnou platformu pro debatu s klientem v rámci debriefingu na konci programu. V rámci zachování objektivity svého koučinkového přístupu jsem vstupní data neanalyzovala předem, ale až současně s těmi výstupními nejprve s klientem v rámci posledního sezení a hlouběji po skončení programu. Umím si však představit, jak by se jejich rozbor dal užitečně zahrnout do úvodních fází koučování, například při práci na definování cíle.

Ráda bych však na jejich základě demonstrovala zajímavý nález, kterého jsem si všimla napříč celým souborem probandů. Subškála č. 2 měří **automaticitu kouření** a na jejích položkách původně vysoce skórovalo (tzn., že označovali nejčastěji nadpoloviční hodnoty 5 - 7, blíží se tvrzení „naprosto souhlasím“) 8 probandů z 9. Po skončení programu se jejich hodnoty výrazně přiblížily opačnému stupni škály (tabulka č. 5 - W1 označuje průměr hodnot odpovědí v dané škále před programem, W2 na jeho konci):

proband	1	2	3	4	5	6	7	8	9
W1	2,6	5,8	5,8	2,6	4,4	5,8	1,8	5,4	4,4
W2	2,4	1,4	1	1	1,4	1,4	1,4	1,6	1

tabulka č. 5 - automaticita kouření před programem (W1) a po něm (W2)

Podobně vypadal nález u subškály č. 3, která podchycuje ztrátu kontroly. Zároveň u probandů, kteří se zatím kouření nevzdali docela, bylo patrné zvýšení skóre na subškále č. 11 měřící, jak moc si kouření vychutnávají a případně jím těší své smysly (vizuální percepce kouře, vůně kouře, estetika držení cigarety apod.).

Z komparace výsledků vyšetření WISDM-68 a na jejím základě i následné rozpravy s probandy tedy vyplývá, že **všichni probandi na konci koučinkového programu dospěli do stavu, kdy:**

- kouří méně nebo vůbec,
- již ne automaticky,
- ale „svobodně“ se rozhodují, zda a kdy cigaretu opravdu chtějí,
- již se necítí závislí,
- mají pocit větší kontroly
- a případné kouření si více užívají.

Znamená to, že i v tomto případě se projevil dříve zmíněný, v běžných tématech tolik ceněný, efekt koučinku - osvobození se z područí navyklých automatismů za současného zvýšení prožitku a citlivosti k prováděné aktivitě? A pokud by tomu tak skutečně bylo, je taková služba etická a užitečná a má místo v nabídce alternativ intervencí?

8. SOUHRN VÝSLEDKŮ

Záměrem této studie bylo vyzkoušet, jak by se dalo využít koučinku při práci s klienty rozhodnutými přestat kouřit. Na základě výzkumných otázek uvedených ve 3. kapitole jsem dospěla k následujícím nálezům:

- Probandi do programu Koučování jako podpůrná metoda vstupovali s očekáváním pomoci s kognitivní prací na tématu toho, proč kouří, co je k tomu vede, k čemu cigarety potřebují, zvýšení motivace, navzdory poskytnutým informacím i větší direktivity, možnost se otevřeně vypovídat se s někým nezávislým, porozumět si, připravit se na odvykání a na jeho jednotlivé fáze - najít náhražky, zajistit si předem podporu okolí, zvýšit sebekontrolu atd.
- Koučink po absolvování programu vnímali jako formu podpory, pomoci s hledáním motivace, cíle a cesty k němu, případně také vedení či doprovázení nezávislou osobou.
- Mezi konkrétní přínosy použití koučinku při řešení odvykání kouření často řadili zvědomění a zmobilizování zodpovědnosti, plánování konkrétních kroků, vizualizaci obtížných situací, pravidelnost setkávání a pociťovaný závazek, vyjasnění si cíle a jeho správné definování, systematickosti a umožnění identifikace skrytých příčin kouření a podstaty problému, nenásilnou formu, osobní přístup, detekci možností aj.
- Mimo dopadu na odvykání kouření probandů se projevíly v době trvání programu změny týkající se životního stylu (omezení pití kávy, alkoholu, zlepšení kondice), zájmů a volnočasových aktivit, vztahů a také oblasti kognice.
- Cíle probandů, které byly definovány s ohledem na metodiku SMARTER, v první fázi klienti pociťovali jako závazné, nicméně postupem času se jejich vnímaná důležitost snižovala.
- Z dalších prostředků k podpoře dosažení cíle probandi využívali paipo, elektronickou cigaretu, nástroje substituční nikotinové terapie (žvýkačky, inhalátor, náplasti) a jejich kombinace. Také jim pomáhalo osvojit si relaxační techniky, sportovat, konzumovat zeleninu a ovoce, pít hodně vody, tužka v ruce

ke třímání a okusování, žvýkání žvýkaček, lízání lízátek a mnoho dalších, individualizovaných technik. Zkušenosti s farmakologickou podporou ve formě bupropionu a vareniklinu získaly během projektu dvě klientky.

- Bezplatnost programu byla velmi významným faktorem rozhodování o účasti pro 4 probandy, pouze pro jednoho byla nepodstatná. Tento proband se rozhodl za službu platit v plném rozsahu.
- Ostatní se nicméně většinou nedomnívali, že by bezplatnost snižovala jejich nasazení, je možné, že je v tomto programu zastoupil pocit závazku vůči koučově práci, což nemuselo být vzhledem k externalizaci místa kontroly přínosné.
- Za program v tomto rozsahu, s nímž bylo 8 z 9 probandů spokojeno natolik, že by jej doporučili lidem ve svém okolí a 4 z nich jej ohodnotili nejvyšší hodnotou, by byli (s hrubým měsíčním příjmem mezi 0 - 70 000 Kč) ochotni platit 2100 - 30 000 Kč, za hodinu koučování 300 - 2100 Kč. Přitom v průběhu programu bylo ušetřeno celkem asi 14 500 Kč.
- Inspirujícím se zdál být fakt, že kouč přestal před zahájením koučinku kouřit, o čemž probandy informoval. Jeho příklad byl motivující, zvýšil v očích klientů jeho schopnost empatie a získal si jejich větší důvěru.
- U probandů převládaly sympatie ke kouči, 7 z 9 jeho osoba maximálně vyhovovala, konkrétně oceňovali příjemné vystupování, odbornost, empatii, přátelskost, dobrou schopnost klást otázky a naslouchat, vstřícnost, inteligenci, smysl pro humor, kreativitu a pohotovost.
- V průběhu projektu došlo u všech probandů ke snížení skóru měřeného FTND a počtu denně vykouřených cigaret, ne-li jejich eliminaci
- a prostřednictvím WISDM-68 jsme odhalili že probandi na konci studie již nekouří automaticky, pokud vůbec, „svobodně“ se rozhodují, zda a kdy cigaretu opravdu chtějí, necítí se na tabáku závislí, pociťují větší kontrolu a pokud dosud kouří, více si vychutnávají.
- Všimla jsem si také možné souvislosti větší úspěšnosti koučinku u osob, které se zdály mít vnitřní *locus of control*. Objektivně však tato charakteristika nebyla explorována. Naopak osoby, které cítily velkou míru závazku vůči kouči a vyjadřovaly se často formulacemi jako „to nezáleží na mě, to není v mých rukách“ atd., nebyly stejně úspěšné v plnění dílčích cílů.
- V nejbližší rodině většiny probandů byla osoba závislá na alkoholu.

9. DISKUSE

„Vím jistě, že mi koučink mnoho dal. Otevřel dveře do světa, kde je možné ráno vstát, zhluboka se nadechnout a s úsměvem si dát čaj a chleba s máslem - bez myšlenky na kafe a cigára,“ uvedla osobní zkušenost na otázku po vnímaném přínosu koučinku při odvykání kouření jedna z klientek. Vyjadřuje nejen to, jak pomohlo koučování, ale i v jakém vězení se člověk před opuštěním závislosti na „pouhých cigaretách“ dennodenně nachází. Citovaná věta mi utkvěla v hlavě, snad proto, že rezonuje s mou vlastní zkušeností při nedávném odvykání kouření. Pro osvěžení zařazuji spíše beletristickou introspektivní kapitolu o tom, jak se mi to dařilo a jak jsem jeho průběh vnímala.

9.1 Pohled zevnitř

Jak jsem již zmínila v předchozí kapitole, projekt Koučink jako podpůrná metoda při odvykání kouření změnil i můj osobní život. Nebylo to původně vůbec v plánu - i já jsem se dlouho nacházela v temné prekontemplační fázi a ještě delším kontemplačním období, kdy jsem si začala všimát, že „všichni rozumní lidé“ v mém okolí přestávají kouřit. Zatím jsem to nesla nelibě, postupně jsem však dozrála do fáze přípravy, která byla nakonec mnohem kratší, než bych si dříve uměla představit, až najednou přišla akce a s ní i můj den „D“. Rozhodla jsem se vyzkoušet si, jaké to je, přestat kouřit, a původně jsem si říkala, že to bude jen na chvíli, konkrétně na tři měsíce, po dobu trvání projektu. *„A pak se ke kouření zase vrátím,“* říkala jsem si, avšak ve skrytu duše si přála, aby se to už nestalo, abych zkrátka přivykla slastem nekouření a necítila po 92 dnech už potřebu se vracet. Zpětně vnímám tento sebeklam jako velmi užitečný, protože mi pomohl překonat stav paniky, s nímž se mnoho kuřáků setkává, z toho, že „už si nikdy nebudou moci zapálit“.

Dny rychle plynuly a ten, v mém diáři červeně vyznačený jako „D“, se neúprosně blížil. Hrůza ve mně narůstala zprvu pozvolna a mísila se se vzrušením z neznámého, avšak jakmile jsem se probudila do svého **posledního** kuřáckého dne,

věděla jsem, že to tak snadné nebude - a z toho mi bylo najednou jasné, že jak se znám, přestávám nejspíš opravdu navždy, což mi ještě přitížilo. Vybavena dvěma krabičkami svých **posledních** „camelek“ jsem mu odvážně vyrazila vstříc, ale uvnitř jsem cítila stoupající úzkost a skrze stažené hrdlo mi **poslední** cigaretový dým klouzal jen obtížně. Paradoxně jsem celý den přemílala jediné přání – „*at' už je zítra!*“. At' už je ten den „D“, kdy bude jasné, že opravdu nekouřím. Tryzna za „poslední chvilky štěstí“ však neúprosně pokračovala. Před spaním jsem vykouřila až na čtyři cigarety zbytek krabičky a tu pevně oblepila tlustou vrstvou izolepy.

Kreativní rada z Centra pro léčbu závislosti na tabáku, kam jsem se „z hecu“ a abych zevnitř poznala, co tam nabízejí, sama přihlásila, mi velmi usnadnila několik prvních dní. Vždyť já jsem z domu bez krabičky „modrých velbloudů“ už nevyšla, ani nepamatuji. A tak jsem s nimi chodila i dále - jen by velmi dlouho trvalo si jednu vytáhnout, a mezitím by jistě přešla chuť - další prospěšný sebeklam. Až o několik týdnů později jsem si ve své kanceláři během sezení s odvykající klientkou při pohledu úkosem na stolek uvědomila, že jsem si večer připravila jinou kabelku - a po nejspíš několika letech u sebe nemám cigarety. A - panika se nedostavila. Zkrátka jsem je už nepotřebovala. To zjištění mi udělalo opravdovou radost a cítila jsem intenzivní potřebu se odměnit. Co bych jindy vyřešila cigaretou před budovou jsem již uměla jinak, za ušetřené peníze jsem si začala dělat radost. Naučila jsem se odkládat požitky a v důsledku je maximalizovat, což mi dává pocit, že jsem v procesu svého odvykání dospěla a získala kontrolu.

Neříkám, že to bylo snadné, zejména první tři dny abstinenčních příznaků jsem nesla těžce a bohužel nejen já - ale dodnes jsem svému tátovi, také už snad navždy nekouřícímu kuřákovi, vděčná, že mě nezavrhla a nezprostředkoval mi raději ze zoufalství známou modrou krabičku. Překvapivá závažnost odvykacího stavu mě však jen utvrdila v pocitu, že je nutné se závislosti zbavit, vymanit se démonovi nikotinu, který se vždy lísal, až teď, když ho chci opustit, ukázal konečně svou pravou tvář.

Po třech dnech začal čas, který se doposud zoufale vlekl, utíkat rychleji, rozběhla se praktická část mého projektu - a bylo hned o důvod víc se nevzdat

a „nedat si jen jednu“, tu, kterou to většinou celé znovu začíná. Musím přiznat, že nejen já jsem (viz kap. 7.8) inspirovala své klienty, ale i pro mě byla naše společná práce silnou motivací vydržet. Ještě pár slabších chvilek, zejména v prvním měsíci, kdy jsem poprvé procházela nejrůznějšími situacemi, které jsem měla s kouřením spojené - a že jich nebylo málo, postupně jsem se „vypracovala“ do stavu, kdy jsem dokázala kouřit skoro i při plavání - ale skutečně se osvědčilo pravidlo, že stačí situaci jednou zvládnout, nepodlehnout a napříště to už nebude problém. S příchodem jara jsem navíc začala postupně nacházet potěšení v množství věcí, jichž bych si dříve, zahalená oparem cigaretového dýmu, ani nevšimla.

Po třech měsících byl projekt úspěšně uzavřen a s jeho koncem začala další etapa mého nekouření - již nebylo podmíněčné, ale naprosto svobodné. Ani mě nenapadlo se teď, po všem tom úsilí, ke kouření vracet. Jestli jsem zpočátku s lítostí cítila, že **nesmím kouřit**, nyní jsem již **nemusela kouřit**, nebo lépe, **mohla nekouřit**. A to je cesta, které se zatím stále držím, a vím, že je jen na mě, abych z ní nesešla. Nejde pouze o jednorázové rozhodnutí, ale o věrnost na celý život. Za to si užívám nově nabytou svobodu a volně dýchám.

Za nic bych se už nechtěla vracet zpět do temného vězení své závislosti a zkušenosti podobného prožitku bych ráda přiblížila prostřednictvím koučovacího procesu i své klienty.

9.2 Souvislosti

Jak bylo uvedeno výše, není příliš obvyklé, aby kouč se svými klienty podnikal natolik dlouhou cestu, avšak pro mě bylo zásadní „nevysmívat se“ svým klientům - probandům, kteří se tolik snaží uspět, do tváře svým kouřením, nebýt pokrytec a dokázat pochopit, o čem mluví, když říkají, že je to těžké. Zároveň mě vlastní zkušenost utvrdila v tom, že přestat kouřit není nemožné, o čemž jsem se potřebovala na vlastní kůži přesvědčit.

Na druhou stranu, jak bylo i zjištěno z dotazníku zpětné vazby, klienty mé rozhodnutí nekouřit do velké míry ovlivňovalo, ač, jak uvedli, především v kladném směru. Nicméně znamenalo další z mnoha proměnných, které do procesu vstupovaly a které jistě mohly zkreslit výsledek - to kdyby mým záměrem bylo měření efektivity koučinku. Avšak protože jsem se snažila spíše vyzdvihnout, co konkrétního v metodě koučinku by mohlo přispět k tomu, aby fungovala i v práci s tématem závislostního chování, jakým kouření je, napadá mě, že právě pozitivní příklad kouče, který má vlastní zkušenost s odvykáním, může být celkově přínosným. Jednak, jak jsme ve studii zjistili, přispívá k navázání důvěry a dojmu empatie, jednak pravděpodobně zvyšuje pocit závazku klienta. V zásadě tedy vnímám, ve shodě s probandy své studie, vlastní odvykání jako přínos pro celý projekt. I z hlediska medicínsky-etického nabývám dojmu, že každé zvýšení šance na úspěch v této oblasti je pozitivem. Proto, ač to není standardní, navrhuji zařazení (ne)kuřáctví kouče mezi faktory úspěchu celého procesu.

9.3 Subjektivita

Související téma, jemuž doposud nebyl věnován dostatek prostoru, je problém velké subjektivity, která se týká zejména složení „výzkumného týmu“, který měl vlastně pouze jediného člena. Zastoupila jsem ve studii role administrátora dotazníků, kouče i výzkumníka. Uvažuji nad tím, jak to, že se klienti setkávali pouze se mnou, mohlo ovlivnit celý projekt i způsob, jak jsem k nim přistupovala. Ač jsem po celou dobu usilovala o maximální objektivitu a zachování rovnosti mezi klienty, mohlo se stát, že jsem s některým z nich navázala hlubší rapport, který by ústil v důkladnější podporu, a tím celkové zkreslení od něj získaných dat i závěrečných výsledků. Mohlo rovněž dojít k tomu, že někteří z klientů nebyli shodně otevření při svém koučinku nebo objektivní při závěrečném hodnocení. Koučování však umí reagovat na individuální zvláštnosti každého klienta, právě v tomto principu cítím jeho užitečnost a také přiléhavost jeho využití v kvalitativní studii a nemožnost jeho generalizace považuji za klad, nikoliv zápor práce s ním.

O co možná nejlepší objektivitu dat získaných z dotazníku zpětné vazby jsem se pokusila tím, že jsem se rozhodla místo původně plánovaného osobního strukturovaného rozhovoru zaslat klientům na úplný závěr projektu, tedy ve chvíli, kdy se nadále neplánujeme setkávat, dotazník elektronicky - a probandi tak již neměli důvod se obávat mé reakce, snažit se mi zalíbit či mi udělat radost, jak by tomu mohlo být při „živé“, osobní rozpravě na dané téma. Domnívám se, že šlo o dobré opatření umožňující větší otevřenost ve výpovědi. Ačkoliv jeho vyplnění nebylo anonymní, abych měla možnost propojit v jednotlivých kazuistikách informace, data byla dostupná pouze mě.

9.4 Výběr výzkumného vzorku a otázka financí

Mým výzkumným záměrem bylo založit studii na práci se 7-10 probandy, z důvodu zájmu o její udržení i při vzhledem k časové náročnosti projektu nutně předpokládané úmrtnosti vzorku jsem ale usilovala o zařazení vyššího počtu subjektů. Přesto jsem si vědoma faktu, že **výzkumný vzorek není reprezentativní vzhledem k populaci odvykajících kuřáků v České republice**, kde kouří větší procento mužů než žen, navíc osob věkově, vzděláním, socioekonomicky a jinak rozrůzněnějších, než jsou účastníci našeho projektu. Nicméně se podařilo sestavit vzorek jedinečných probandů vykazujících mnohé osobnostní odlišnosti, pocházejících z různých prostředí, lišících se kuřáckými anamnézami, stupněm fyzické závislosti a mnoha dalšími charakteristikami, čímž jsme dosáhli kýžené vnitřní heterogenity souboru, od níž jsme si slibovali větší spektrum možných témat v procesu koučování. Nebylo snadné vytvořit soubor osob, ochotných aktivně spolupracovat a otevřít se i přes slíbenou ochranu osobních údajů cizí osobě, navíc v projektu, který vyžaduje kontinuálnost po poměrně dlouhou dobu a bez nároku na finanční či jinou hmotnou odměnu. Domnívám se však, že právě tyto faktory významně přispěly k tomu, aby účastníky studie byli lidé skutečně odhodlaní přestat kouřit, kteří svým rozhodnutím přihlásit se do našeho programu demonstrovali vnitřní motivaci a příslib vytrvat.

Otázce financí, která s výběrem výzkumného souboru i s dalšími fázemi studie souvisí, jsem se již věnovala (v kapitole 7.7). Přesto považuji za významné ji ještě neopouštět a vrátit se k některým aspektům, které zatím nedostaly výše prostor. Pro účely naší studie byly pro klienty vytvořeny tak trochu „laboratorní podmínky” v tom smyslu, že jim zdarma byla poskytnuta služba, která je v běžném kontextu poměrně nákladná. To mohlo mít mnoho důsledků, které situaci celkově odlišily od reálného koučinku.

Již ve fázi sestavování souboru bezplatnost intervence, jak víme z dat, která jsem k tématu získala, přitáhla pozornost (mimo jiné) i osob, které by účast v projektu nezvažovaly. To však nemusí znamenat pouze zvětšení žádoucí heterogenity probandů, ale i to, že se přihlašovali lidé, kteří nebývají typickými klienty koučů. Často slýcháme, že člověk, který by nebyl za koučink ochoten zaplatit, skutečně necítí, že jej potřebuje. To se dokládá třeba tak, že *peer koučink* (kdy se například dva účastníci výcviku zkušebně koučují navzájem) sice mívá efekt, avšak ne tak průlomový, jako kdyby se jednalo o placenou situaci, kdy klienta nějaký vnitřní nebo i vnější podnět nutí k akci natolik, že nelituje za koučinkové působení, které považuje za účinné, zaplatit. Otázka financí tedy možná na povrchu jen vypovídá o tom, co zůstává skryto - motivace klienta, vnímaná urgence jeho potřeby. Dá se říci, že ochota platit za koučink by mohla být dobrým kritériem výběru probandů do studie - reprezentativněji by selektoval osoby, které se o koučink skutečně zajímají?

Pokud by tomu tak opravdu bylo, museli bychom zvážít, zda mělo smysl projekt za našich podmínek vůbec realizovat. Aby byli naši probandi blíže odrazu skutečné stávající cílové skupiny podobného programu, museli bychom k našemu internímu výběrovému kritériu „dospělí kuřáci odhodlaní během následujících šesti měsíců přestat kouřit” doplnit „ochotní zaplatit požadovanou částku za koučinkový program”, zkrátka jej neavizovat s nálepkou „zdarma” a počkat, zda se budou takoví probandi hlásit, případně zvolit jinou, patrně aktivnější metodu jejich výběru pro zvýšení pravděpodobnosti, že jich shromáždíme dostatečný počet pro provedení naší studie. Vzhledem k tomu, že v naší zemi působí mnoho koučů, kteří trpí nedostatkem

klientů, se však obávám, že čekání by mohlo znamenat dlouhý odklad realizace našeho projektu a celkově by zkomplikovalo průběh výzkumu.

Nejen z praktického, ale i z etického hlediska se mi takový postup, který jsem samozřejmě zvážila, zdál nepřijatelný. Nechtěla jsem program, který je teprve ve fázi ověřování, inzerovat jako placenou službu. V oblasti odvykání kouření, jak zmiňuji v kapitole (2.5.3), nacházíme takové množství prapodivných nabídek, nerealisticky kuřákům garantujících téměř stoprocentní šanci na úspěch, že v momentě, kdy se rozhodnu své jméno přidat pod hotový produkt, jakým by v případě jeho realizace náš program byl, chci, byť i jen pro vlastní pocit oprávněnosti jej vést, disponovat daty, která svědčí v jeho prospěch. Zdá se, můžeme-li vycházet z kladných hodnocení probandů u této studie, že není třeba přistupovat k rezolutním vyjádřením typu - „... vzorek není reprezentativní, protože tyto osoby by službu nevyhledaly, a proto nemají nálezy dostatečnou výpovědní hodnotu...”. Nezapomínejme také, že preference bezplatnosti může vycházet kromě eventuální nízké motivovanosti, se kterou dokážeme pracovat i jinými, a troufám si říci i účinnějšími, prostředky než jen navýšením ceny, ze skutečné neschopnosti klientů za službu platit - v naší studii několik účastníků doposud studovalo nebo se teprve seznamovalo s trhem práce. Oblast odvykání kouření s sebou však nese možnost využití peněz utracených za cigarety.

I studie, která proběhla za daných podmínek, tedy bez nutnosti hradit poskytnuté služby, se zdá mít velký informační potenciál a jeho další rozšíření je pouze otázkou navazujícího, preferenčně kvalitativně-quantitativního výzkumu, jehož cílem by bylo změřit efektivitu aspektů metody koučování, detekovaných jako prospěšné, při práci na tématu odvykání kouření, optimálně z výsledků s větším počtem klientů pracujících více nezávislých koučů.

9.5 Etické aspekty

Vzhledem k úvodní spolupráci na výběru probandů s Referenčním centrem léčby závislosti na tabáku III. interní kliniky 1.LF UK a VFN bylo třeba zažádat

o **schválení návrhu této studie Etickou komisí VFN**. Kopie jejího souhlasu ze 16.2.2012 je součástí příloh, stejně jako **formulář informovaného souhlasu**, který byl předložen před zahájením výzkumné práce všem probandům na informačním setkání předcházejícím samotnou praktickou část projektu. Mimo jiné svým podpisem stvrdili, že jsou obeznámeni s cíli studie, jejími postupy, časovým plánem, kýženými přínosy a o tom, co se ode nich očekává, že dostali jasné odpovědi na případné související otázky a že jsou si vědomi dobrovolnosti své účasti ve studii a možnosti ji kdykoliv ukončit. Se svou účastí ve studii tedy byli srozuměni a činili tak záměrně s vědomím, že jejich osobní data jsou uchována s plnou ochranou důvěrnosti dle platné legislativy ČR na základě zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů (Ferjenčík, 2000).

Některé etické problémy by mohly vyplývat ze samotného výzkumného designu, který je pojat jako posloupnost diagnostické, koučinkové a evaluační etapy, které jsou všechny vedeny jedinou osobou - autorkou výzkumu. Za předpokladu nedodržení jasných hranic mezi jednotlivými kroky a neposkytnutí dostateku informací probandům by mohlo dojít ke zmatení rolí, v nichž účastníci výzkumu autorku studie vnímali. Podobnému zmatení jsem se snažila vyhnout pomocí předběžného poučení o metodách práce a průběhu studie a také jasného časového vymezení a oddělení jednotlivých etap (například na jednom setkání probíhala pouze diagnostika, nebo koučink, což bylo s klientem vždy předem naplánováno). Ačkoliv i přesto jistě mohlo hrozit riziko přílišné subjektivity, vyplývající z nakládání s obrovským souborem dat a informací jedinou osobou, na druhou stranu nebylo technicky realizovatelné zajištění dalších osob, které by se ideálně ujaly role kouče, ze zřejmých důvodů - byla-li autorka studie zároveň koučem, mohla být tato intervence poskytnuta klientům zdarma, s velkou mírou časové flexibility a se zajištěním kontrolované odbornosti. Další výhodou tohoto přístupu naopak byla možnost mnohem hlubšího poznání každého probanda třemi různými druhy práce s ním, vytvoření bezpečnějšího prostředí a z něj plynoucího vyššího stupně důvěry.

V rámci časového úseku určeného praktické části studie jsem nevyužila možnosti externího auditu ve smyslu supervizní práce (Miovský, 2006) kromě četných setkání s vedoucí této diplomové práce, jejichž náplní byly však především

otázky naší výzkumné činnosti. Bylo by jistě vhodné doplnit je o sezení s pokročilým odborníkem v oblasti koučování, což by mohlo přispět ke zvýšení kvality poskytnuté služby a zároveň vlastní psychické hygieně. Před zahájením samotného tříměsíčního období setkávání se s probandy a po jeho skončení jsem vyhledala možnost specifiky práce na tomto projektu diskutovat s kolegou - nezávislým koučem, absolventem stejného běhu výcviku v psychologickém koučování. Nezbytně to pomohlo odhalit některé nedostatky, které jsem tak mohla včas odstranit.

Nejsem si vědoma důvodů, pro něž by účast v této studii měla být v konfliktu se zájmy a právy probandů, ke kterým jsem se vždy snažila přistupovat s respektem a úctou. Věřím, že výzkum ani jeho techniky nezpůsobily zkoumaným osobám utrpení, bolest ani jiné nepříjemné důsledky. V průběhu některých etap mohl koučink zahrnovat jistou míru nepohodlí způsobenou opuštěním zóny komfortu, v níž jsme zvyklí se nacházet. Koučink však usiluje o alespoň chvilkové vystoupení z ní, což nám umožňuje nahlédnout na naši situaci z jiných úhlů a tím způsobené mentální vypětí přináší často plody v podobě překvapivých nápadů a řešení, to vše za dodržení samozřejmého předpokladu dobrovolnosti, který zaručuje možnost návratu ve kterýkoliv moment procesu. Navíc následky tohoto působení nejsou rozhodně zamýšleny jako nežádoucí, naopak, mají přispět k celkovému zlepšení v diskutované životní oblasti a často i mnoha souvisejících.

Bylo také dbáno na to, aby klient - proband nebyl poškozen předčasným ukončením setkávání v momentě, kdy by proces jeho koučinku ještě necítil jako uzavřený. Proto nebyl nastaven pevný počet sezení, ale varioval mezi šesti a deseti schůzkami, přičemž jsem usilovala o maximální flexibilitu v ohledu nabídky termínů. Koučink, který byl základním stavebním prvkem naší studie, jsem prováděla podle svého nejlepšího vědomí a svědomí na základě odborného výcviku a s ohledem na etický kodex České asociace koučů, který, ač nejsem členem ČAKO, respektuji i v práci s klienty mimo tuto studii a jsem s jeho zásadami proto dobře srozuměna. Je dostupný z webových stránek ČAKO (2012b).

9.6 Validita a limity studie

K minimalizaci zkreslení jsme využili tří odlišných metod získávání dat, jak jsou popsány v kapitole 5.4 – kromě pozorování zejména dotazníkových metod a různých typů rozhovorů (polostrukturovaný, experimentální expertní). Tím bylo vlastně dosaženo triangulace, která *„představuje velmi účinný kontrolní nástroj integrující různé zdroje dat a přístupy k jejich získávání a analýze“* (Miovský, 2006, s. 264). Data z různých zdrojů byla u jednotlivých osob konzistentní.

Kvalita získaných dat přitom byla vzhledem k dlouhodobosti projektu a tedy příležitosti k navázání hlubokého raportu kvalitní, **bohatá, silná** a jejich **popis hustý**. Pozice výzkumníka mohla zkreslit obsah dat, která byla výsledkem interakce mezi ním a probandy (Miovský, 2006). Nicméně tím, že jsem byla s klienty v tříměsíčním kontaktu a od počátku jsem usilovala o jejich poznání a vytvoření příjemné atmosféry, o co možná nejpřirozenější zásahy do vytvořeného prostředí (to se týká např. techniky záznamu dat tužka - papír, která měla nejméně rušit), navázání důvěry na základě informovanosti. Bohužel nebylo možné využít triangulace osob získávajících data, vzhledem k tomu, že všechny role musela z důvodů popsaných výše (kap. 8.3) zastoupit autorka výzkumu.

Klíčovým je z hlediska validity studie také výběr jejích účastníků:

... nereflektovaný výběr účastníků výzkumu prováděný nevhodnými či chybně aplikovanými metodami může způsobit, že dosáhneme nepřirozené konzistence ve výběrovém souboru, díky které dojde k rychlé saturaci, která však nebude odpovídat reální situaci. Tohoto efektu se můžeme například „dočkat“, pokud budeme příliš spoléhat na metodu samovýběru, neboť dobrovolníci mohou mít v některých oblastech odlišné charakteristiky od osob, které se naopak výzkumnému kontaktu vyhýbají (Miovský, 2006, s. 268).

V této studii jsem zmíněnou metodou samovýběru v kombinaci se záměrným výběrem přes instituci získala poměrně heterogenní vzorek, který se však přesto v některých charakteristikách nadměrně podobal – věk, úroveň vzdělání apod.

Ideální by bylo zvýšit počet probandů a provést z nich náhodný výběr, nebo přidat ještě jednu metodu výběru ke dvěma stávajícím, čímž bychom i v tomto ohledu dosáhli triangulace.

V rámci závěrečného sezení proběhla na základě debriefingu projektu validizace dat respondentem, kdy jsme ve vzájemné diskusi nálezů korigovali závěry našeho setkávání. Dotazník zpětné vazby posloužil také k tomuto účelu.

Jistě mohlo dojít ke zkreslení, jako jsou ta, způsobená badatelem (předpojatost atp.), **reaktivita** (vliv badatele na studované prostředí) – tu jsme i podchytili v dotazníku zpětné vazby, **turistika** (kdy badatel prahne po zvláštностech a přehlíží podobnosti) či holistickému zkreslení nebo i zkreslení elitou, avšak domnívám se, že jsem se vždy snažila o introspekci a co nejobjektivnější reflektování své práce. Možná tendence klientů vyhovět kouči byla pojednána výše.

Jak již bylo mnohokrát řečeno, tato kvalitativní studie neaspirovala na to, vyčíslit efektivitu použité metody psychologického koučování u skupiny probandů – odvykajících kuřáků. Naším cílem bylo získat vhled, proniknout do nové oblasti, ve které, pokud se pracuje, nemáme o tom mnoho zpráv, zorientovat se trochu lépe na území, které je doposud celkem neprobádané. To s sebou neslo mnoho rizik, již ve fázi přípravy výzkumu, tedy navrhování jeho designu, bylo obtížné vizualizovat všechny jednotlivé konsektivní kroky, kde by případný neúspěch v jednom bránil realizaci dalšího. Přesto bylo nutné zvolit výzkumný plán a držet se ho, jinak by hrozila ztráta struktury a při obrovském množství sebraných dat by pravděpodobně nebylo možné získat z nich žádné užitečné závěry. Při výběru souboru probandů jsme možná mohli jedním z kritérií ustavit ochotu platit za služby (a případně pak ani úhradu nepožadovat, viz kap. 8.4), aby se výběr vzorku více přiblížil reálné cílové skupině koučinku, avšak s rizikem, že by se tak snížila šance na sestavení dostatečně velkého výzkumného vzorku.

Největší výzvou studie bylo jistě rozhodování, které předcházelo realizaci všech kroků, jak má být zaměřena, co nás vlastně zajímá a co chceme zjistit. Jakmile bylo rozhodnuto, že se bude jednat o kvalitativní studii s širokým záběrem, která

bude zahrnovat tolik různých úkolů a typů práce a která může přinést zajímavé objevy, byť prozatím pouze hypotetické, nebylo cesty zpět k jednoduššímu řešení. Navržený design je možná až příliš složitý a výše uvádím, co mohlo stát v cestě hladkému průběhu výzkumu. Nicméně se domnívám, že komplexnost studie zaručila získaným datům správný kontext, a jsme tak schopni je nahlédnout a popsat v celé jejich šíři jejich.

9.7 Aplikace poznatků v praxi

Nálezy vyplývající z výzkumu poukazují na to, že v další fázi by bylo optimální realizovat navazující kvalitativně-kvantitativní studii, specifikovanou výše. Dále je možné pracovat s dotazníkovými metodami, zejména ověření překladu WISDM-68 na české populaci bude oblastí mého dalšího zájmu pro některou navazující práci. Pro obor koučink odvykání kouření by mohly být užitečné nejen některé dílčí nálezy týkající se například předpokladu nekuřáctví kouče, osobnostních charakteristik obou stran, ale i hodnocení celého programu klienty – specifika jeho rozsahu, intenzity, ceny aj. Obecně se dozvídáme, že koučink hrál nějakou roli v procesu odvykání mých probandů. Až zjistíme v některé další studii, jak velkou, můžeme tuto informaci v ideálním případě využít k účelům propagace služby a doufat v rozšíření spektra jejího dopadu i na početnou skupinu kuřáků, které závislost na tabáku obtěžuje, a proto by dosáhnout jejího odstranění.

Pozitivně vnímám skutečnost, že jsem prostřednictvím tohoto projektu měla možnost vyzkoušet si práci s nástroji, technikami a také spektrem klientů, které bych za jiných okolností nepoznala. Odnáším si také zkušenost s vedením rozsáhlého programu, v němž bylo nezbytné klást důraz nejen na jeho celkovou formu, ale také na množství detailů. Naučila jsem se pro svou praxi věnovat pozornost aktuálnímu rozpoložení klientů a zdokonalila jsem se v dovednosti zapisování stručných poznámek za současné plné koncentrace na průběh daného sezení a potřeby klienta.

Hlavním praktickým přínosem studie je rozšíření vědomostní platformy ve veřejně prospěšné oblasti návrhem využití koučinku jako alternativy intervence, které v této souvislosti nebyla doposud věnována velká pozornost.

ZÁVĚR

V naší zemi máme tendenci závažnost kouření velmi zlehčovat - příklady toho, jak je stále, až neevropsky, veřejně přijatelné, vidíme doslova na každém rohu. Snahy o změnu nefunkční legislativy působí zatím spíše jako výsměch paradoxně v populaci majoritně zastoupeným nekuřákům, jejichž práva bývají čteně porušována, když jsou nuceni pracovat, cestovat nebo například večeret v zakouřeném prostředí, vytvořeném menšinovými kuřáky. Stejně tak často ani v řadách lékařů, zdravotních sester a dalších odborníků na lidské zdraví nezaznamenáváme velkou snahu o propagaci zdravého životního stylu a následky kouření přes svou závažnost bývají nadále neuvěřitelně podceňovány.

Zajímavá situace nastává na uzavřených odděleních psychiatrických léčeben, kde nacházíme - jako v jediných zdravotnických zařízeních v zemi - špatně větrané kuřárny, nezřídka frekventované i místním personálem. Tím vlastně opět dáváme najevo, že závislost na tabáku není třeba považovat za podobně významnou, jako třeba pití alkoholu nebo hraní hazardních her, které jsou v době pobytu na oddělení s naprostou samozřejmostí zakázány. Vždyť – „ať si chudáci pacienti aspoň zapálí, co by jim jinak zbylo” ... Přitom kouření ovlivňuje účinky mnoha používaných psychofarmak. Negativní efekty kouření jsou však jaksí odsunuty na druhou kolej, a naopak domnělá pozitiva iracionálně stavěna na roveň základním životním potřebám.

Je jistě složité najít si pevný postoj ke kouření ve společnosti, kde se běžně více odsuzuje „militantní nekuřáctví” než samotné kouření, jehož dopady jsou zlehčovány. Věříme-li, že se nejedná jen o nežádoucí návyk, zlovyk nebo o nedostatek vůle a sebeovládání, ale o nemoc nárokováající terapii (ideálně hrazenou zdravotními pojišťovnami, jako je tomu v případech závislostí jiných), zaujali jsme úhel pohledu, který zastávají i lékařští odborníci například v Centru pro léčbu závislosti na tabáku.

Kritici mohou namítnout, že skrze diagnózu dochází k rozmělnění individuality člověka, který s problémem přichází, a k jistému stupni zjednodušení. Jistě, vždyť proto říkáme, že se jedná o model závislosti, avšak mít diagnózu znamená disponovat možnostmi řešení, což považuji nejen v případě závislostí za přínos. Můžeme si přece dovolit mírné zjednodušení, pokud nezabředneme do nepřesnosti a bagatelizace, protože nám to často umožňuje vidět konkrétní situaci jasněji a v souvislostech.

Má smysl začít věnovat více pozornosti kouření jako nemoci, která se svými projevy, charakteristikami a intervenčními možnostmi příliš neliší od ostatních, veřejně uznávaných závislostí. Je to osvědčený úhel pohledu, který má své funkční postupy.

Tato studie však naznačuje, že možná existuje další varianta přístupu ke kouření a k člověku obecně – cesta zkompetentňování. Místo ukrytí pacienta za plentu diagnózy a odebrání zodpovědnosti nabízí její aktivní převzetí. Co když v otázce kouření nejde nutně o to přestat, ale nabýt kontrolu nad propukající závislostí a udržet ji na individuálně definované míře, i kdyby měla být nulová? Co když je možné nahlédnout na chvíli na závislost, přinejmenším na takovou, která neovlivňuje ve velkém rozsahu vnímání, z ještě docela jiného úhlu, než nám je standardně prezentováno, ne však z hlediska rozjitřených emocí kuřáků v prekontemplační fázi, ale naopak zcela racionálně? Tato studie nám takovou možnost nabízí.

Ať se však rozhodneme pro kterýkoliv úhel pohledu, je čas detabuizovat téma tabákové závislosti a začít je brát vážně, chceme-li vystupovat konzistentně v boji proti nesvobodě způsobené návykovou látkou, nezlehčovat, nesoudit a opravdu pomáhat.

ZDROJE

1. Atkinson, M. (2009). *Koučink - věda i umění : vnitřní dynamika*. Praha : Portál.
2. Batra, A. (2011). Treatment of Tobacco Dependence. *Deutches Arzteblatt International*, 108(33), 1373–80. doi: 10.3238/arztebl.2011.0555.
3. Bečková, I., & Višňovský, P. (1999). *Farmakologie drogových závislostí*. Praha: Karolinum.
4. Borland, R., Yong, H. H., O'Connor, R. J., Hyland, A., Thompson, M.E. (2010). The reliability and predictive validity of the Heaviness of Smoking Index and its two components: findings from the International Tobacco Control Four Country study. *Nicotine and Tobacco Research*, 12, 45-50.
5. Carmody, T. P., Duncan, C., Simon, J. A., Solkowitz, S., Huggins, J., Lee, S., & Delucchi, K. (2008). Hypnosis for smoking cessation: A randomized trial. *Nicotine & Tobacco Research*, 10(5), 811-818. doi:10.1080/14622200802023833.
6. CDC. (2012). *Tips from former smokers*. Centers for Disease Control and Prevention. [online] [cit. 07/10/2012]. Dostupné z: <http://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/faq/>.
7. ČAKO. (2012a). *Akreditovaní koučové*. Česká asociace koučů [online]. [cit. 07/02/2012]. Dostupné z: <http://www.cako.cz/cs/vyber-kouce/akreditovani-koucove/>.
8. ČAKO. (2012b) *Etický kodex*. Česká asociace koučů [online]. [cit. 07/20/2012]. Dostupné z: <http://www.cako.cz/cs/o-asociaci/eticky-kodex/>
9. ČAKO. (2012c). *Jak dobře vybrat kouče? (pro firmy i jednotlivce)*. Česká asociace koučů [online]. [cit. 07/15/2012]. Dostupné z: <http://www.cako.cz/cs/vyber-kouce/>.
10. Česká koalice proti tabáku. (n.d.). *Závislost na tabáku*. Česká koalice proti tabáku [online]. [cit. 07/03/2012]. Dostupné z: <http://www.bezcigaret.cz/zavislost>.
11. *Česká republika má čtvrt milionu nezletilých kuřáků*. (2012). Společnost pro prevenci nemocí [online]. [cit. 07/10/2012]. Dostupné z: <http://www.odvykani-koureni.cz/novinky/ceska-republika-ma-ctvrt->

milionu-nezletilych-kuraku-535.

12. Česko. (2003). *Vyhláška č. 344/2003 Sb. ze dne 30. září 2003, kterou se stanoví požadavky na tabákové výrobky*. In Sbírka zákonů České republiky, ročník 2003, částka 113, s. 5647 [cit. 07/14/2012]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2003/sb113-03.pdf>.
13. Česko. (2009). *Zákon č. 140/2009 ze dne 8. ledna 2009 trestní zákoník*. In Sbírka zákonů České republiky. Ročník 2009, částka 11, s. 382 [cit. 07/14/2012]. Dostupné z:
14. *Drogy: Používaná terminologie*. (n.d.) Drogy [online]. [cit. 07/10/2012]. Dostupné z: <http://www.rect.muni.cz/drogy/POKUS/casti/slovník.htm>
15. EMCC. (n.d.) *Find mentor / coach*. European mentoring & coaching council [online]. [cit. 07/03/2012]. Dostupné z: http://www.emccouncil.org/cz/cs/find_mentorcoach/results.
16. EPPOK. (2012). *Mise etické platformy*. Etická platforma profesních organizací koučů [online]. [cit. 07/20/2012]. Dostupné z: <http://www.eppok.cz/cs/>.
17. Etter, J., Houezec, J. L., & Perneger, T. V. (2003). A self-administered questionnaire to measure dependence on cigarettes: The cigarette dependence scale. *Neuropsychopharmacology*, 28(2), 359-70. doi:10.1038/sj.npp.1300030.
18. European Commission. (2012). *Smokers between 15 and 24, by sex*. European Commission [online]. [cit. 07/05/2012]. Dostupné z: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&plugin=0&language=en&pcode=tps00170>
19. Evropská komise. (2010). *Exkuřáci jsou nezastavitelní*. Evropská komise [online]. [cit. 06/22/2012]. Dostupné z: <http://www.exsmokers.eu/>.
20. Fagerström, K. O. (1978). Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors*, 3(34), 235–241.
21. Fajmonová, D. (2004). *Psychologické aspekty osobního rozvoje*. Nepublikovaná diplomová práce. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra psychologie, Praha.

22. Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.
23. Fiore, M.C., Jaén, C.R., Baker, T.B., et al. (2008). Treating tobacco use and dependence: 2008 Update Clinical practice guideline. *Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service* [online]. [cit. 07/10/2012]. Dostupné z: http://www.ahrq.gov/clinic/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf
24. Fischer-Epe, M. (2006). *Koučování: zásady a techniky profesního doprovázení*. Praha: Portál.
25. Gallwey, W. T. (2008). *The Inner Game of Tennis: The Classic Guide to the Mental Side of Peak Performance*. New York: Random House.
26. Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Pierson, H. M., Piasecki, M. P., Antonuccio, D. O., & Palm, K. M. (2011). Does Acceptance and Relationship Focused Behavior Therapy Contribute to Bupropion Outcomes? A Randomized Controlled Trial of Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy for Smoking Cessation. *Behavior Therapy*, 42(4), 700-715. doi:10.1016/j.beth.2011.03.002.
27. Hall, S. M., Humfleet, G. L., Muñoz, R. F., Reus, V. I., Prochaska, J. J., & Robbins, J. A. (2011). Using Extended Cognitive Behavioral Treatment and Medication to Treat Dependent Smokers. *American Journal Of Public Health*, 101(12), 2349-2356. doi:10.2105/AJPH.2010.300084.
28. Heatheron, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C. & Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström Test of Nicotine Dependence: A Revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of addiction*, 86, 1119-1127.
29. Hendl, J. (1997). *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum.
30. Hrubá, D., Žaloudíková, I. (2008). Where do our children learn to smoke?. *Central European Journal of Public Health*, 16(4), 171-174
31. Hrubá, D., Žaloudíková, I., & Matějová, H. (2010). Similarities and differences between smoking and non-smoking ten-year-old children in primary schools. *Central European Journal Of Public Health*, 18(1),

19-24.

<http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=5405>.

32. Hu, M., Griesler, P., Schaffran, C., & Kandel, D. (2011). Risk and protective factors for nicotine dependence in adolescence. *Journal Of Child Psychology & Psychiatry*, 52(10), 1063-1072. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02362.x.
33. ICF. (2009). *ICF - International Coach Federation (Mezinárodní federace koučů)*. ICF Czech Republic [online]. [cit. 07/02/2012]. Dostupné z: <http://www.coachfederation.cz/>.
34. ICF. (2012). *2012 ICF Global Coaching Study: Executive Summary*. ICF: International Coaching Federation [online]. [cit. 07/13/2012]. Dostupné na: <http://www.coachfederation.org/includes/media/docs/2012ICFGlobalCoachingStudy-ExecutiveSummary.pdf>.
35. Iversen, L. (2006). *Léky a drogy: Průvodce pro každého*. Praha: Dokořán.
36. Janík, A., & Dušek, K. (1990). *Drogy a společnost*. Praha: Avicenum.
37. Králíková, E., & Kozák, J. (1997). *Jak přestat kouřit*. Praha: Maxdorf.
38. Králíková, E. (2004). Závislost na tabáku a možnosti léčby. *Česká a slovenská psychiatrie*, (100)1, 13-18.
39. Králíková, E. (2011). *Farmakoterapie závislosti na tabáku*. Mladá fronta: Zdravotnické noviny, 2/2011 [online]. [cit. 07/10/2012]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/farmakoterapie-zavislosti-na-tabaku-457736>.
40. Kratochvíl, S. (1997). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
41. Krmenčík, P. (2011). *Enpsyro - Tabák viržinský - Nicotiana tabacum*. Encyklopedie psychotropních rostlin [online]. [cit. 07/03/2012]. Dostupné z: <http://www.biotox.cz/enpsyro/index.php?R=pj3rnic>
42. Lancaster, T., Stead, L., Silagy, C., & Sowden, A. (2000). Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *British Medical Journal (International Edition)*, 321(7257), 355-358.
43. Lieb, R., Schreier, A., Pfister, H., & Wittchen, H. (2003). Maternal

- Smoking and Smoking in Adolescents: A Prospective Community Study of Adolescents and Their Mothers. *European Addiction Research*, 9(3), 120-130. doi: 10.1159/000070980.
44. Lowenstein, W., & Rouch, D. (2007). *Femmes et dépendances: une maladie du siècle*. Paris: Calmann-Lévy.
 45. Martin, T. (2002). *Global Smoking Statistics for 2002: Overall Stats and Youth Smoking Facts*. Smoking Cessation [online]. [cit. 07/04/2012]. Dostupné z: <http://quitsmoking.about.com/cs/antismoking/a/statistics.htm>.
 46. Milton, B., Cook, P. A., Dugdill, L., Porcellato, L., Springett, J., & Woods, S. E. (2004). Why do primary school children smoke? A longitudinal analysis of predictors of smoking uptake during pre-adolescence. *Public Health (Elsevier)*, 118(4), 247-255. doi:10.1016/j.puhe.2003.10.006.
 47. Mioviský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
 48. Národní soustava povolání. (n.d.) *Kouč*. Národní soustava povolání: katalog [online]. [cit. 07/10/2012]. Dostupné z: http://katalog.nsp.cz/karta_p.aspx?id_jp=101573&kod_sm1=11.
 49. Nešpor, K. (2000). *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál.
 50. Nonnemaker, J. M. & Homsí, G. (2007). Measurement properties of the Fagerström Test for nicotine dependence adapted for use in an adolescent sample. *Addictive Behaviors*, 32, 181-186.
 51. Novák, M. (1980). *O kouření*. Praha: Avicenum.
 52. O'Loughlin, J., DiFranza, J., Tarasuk, J., Meshefedjian, G., McMillan-Davey, E., Paradis, G., Hanley, J. (2002). Assessment of nicotine dependence symptoms in adolescents: A comparison of five indicators. *Tobacco Control*, 11(4), 354-360.
 53. Olivero, G., Bane, K.D., & Kopelman, R.E. (1997). Executive coaching as a transfer of training tool: Effects on productivity in a public agency. *Public Personnel Management*, 26(4), 461-469.

54. Paipo. (2007a). *Historie kouření*. Paipo [online]. [cit. 07/10/2012]. Dostupné z: <http://www.mypaipo.eu/historie-koureni/>.
55. Paipo. (2007b). *Paipo - kouření bez kouře* [online]. [cit. 07/10/2012]. Dostupné z: <http://www.mypaipo.eu/>
56. Piper, M., Piasecki, T., Federman, E., Bolt, D., Smith, S., Fiore, M., & Baker, T. (2004). A Multiple Motives Approach to Tobacco Dependence: The Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM-68). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(2), 139-154. DOI: 10.1037/0022-006X.72.2.139.
57. Preiss, M., & Vacíř, K. (1999). *Beckova sebespozovací škála depresivity pro dospělé BDI-II*. Příručka. Brno: Psychodiagnostika.
58. Prochaska, J. O. & Diclemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL.: Dow Jones-Irwin.
59. Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 51(3), 390-395. doi: 10.1037/0022-006X.51.3.390.
60. Registr koučů ČR. (n.d.). *Jak vybrat správného kouče: desatero špičkových koučů*. Registr koučů ČR [online]. [cit. 07/10/2012]. Dostupné z: <http://www.koucove.cz/jak-vybrat-kouce>.
61. Riethof, N. (2004) *Koučování: Determinanty efektivnosti*. (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra psychologie, Praha.
62. Slezák, R., Ryška, A., & Kosorínová, K. (n.d.). *Biochemie a patofyziologie kouření: Alkaloidy tabáku*. Lékařská fakulta Hradec Králové - Fingerlandův ústav patologie [online]. [cit. 07/10/2012]. Dostupné z: <http://www.lfhk.cuni.cz/patanat/koureni/0402.htm>
63. Soukup, J. (2008). *Motivace k odvykání kouření*. Motivační rozhovory: Sdružení pro motivační rozhovory [online]. [cit. 07/10/2012]. Dostupné z: http://www.motivacnirozhovory.cz/o_motivacnich_rozhovorech/#kestaze ni.

64. Společnost pro léčbu závislosti na tabáku. (2010). *Pracovní postup: pro léčbu závislosti na tabáku*. Nepublikovaný interní dokument. Praha.
65. SRNT Europe. (2011). *Tests for nicotine dependence: in chronological order*. Society for Research on Nicotine and Tobacco [online]. [cit. 07/08/2012]. Dostupné z: <http://www.srnteuropa.org/assets/tests-nicotine-dependence.pdf>.
66. Sussman, S. (2005). The Relations of Cigarette Smoking with Risky Sexual Behavior among Teens. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 12(2/3), 181-199. doi:10.1080/10720160500203732.
67. Swan A.V., Creaser R., & Murray M. (1990). When and why children first start to smoke. *International Journal of Epidemiology*. 19(2), 323-30.
68. Švaříček, R., & Šedřová, K. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.
69. Thakur, N. M., Rosenthal, M. P., Latta, P., Robinson, J. L., & Diamond, J. J. (2003). Cigarette Sources For Teens By Grade: Implications For Prevention And Intervention. *Internet Journal Of Academic Physician Assistants*, 3(1), 35.
70. Tobacco News and Information. (2004). *1964: First Surgeon General's Report: 1st Surgeon General Report: Smoking And Health*. Tobacco.org: Tobacco news and information [online]. [cit. 07/10/2012]. Dostupné z: http://archive.tobacco.org/resources/history/1964_01_11_1st_sgr.html.
71. U.S. Department of Health, Education, and Welfare. (1964). *Smoking and Health: Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service*. Profiles in Science National Library of Medicine [online]. [cit. 07/07/2012]. Dostupné z: <http://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/NNBBMQ.pdf>.
72. University of Minnesota. (2003). *Nicotine Addiction*. University of Minnesota [online]. [cit. 07/10/2012]. Dostupné z: <http://www1.umn.edu/periodicals/tobacco/nicaddict.html>.
73. Vrtenova, L. (n.d.). *Historie: Tabák (Nicotiana tabacum)*. Historie. [online] [cit. 07/10/2012]. Dostupné z: <http://lenavrtenova.ic.cz/index5.htm>.

74. Wackowski, O., & Delnevo, C. D. (2007). Menthol cigarettes and indicators of tobacco dependence among adolescents. *Addictive Behaviors*, 32(9), 1964-1969. doi:10.1016/j.addbeh.2006.12.023.
75. Wellman, R. J., Savageau, J. A., Godiwala, S., Savageau, N., Friedman, K., Hazelton, J., & Difranza, J. R. (2006). A comparison of the hooked on nicotine checklist and the fagerström test for nicotine dependence in adult smokers. *Nicotine & Tobacco Research : Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 8(4), 575-580.
76. Whitmore, J. (2009). *Koučování: rozvoj osobnosti a zvyšování výkonnosti : metoda transpersonálního koučování*. Praha: Management Press.
77. WHO. (2003). *Young girls using tobacco almost as much as boys in many regions of the world*. World Health Organization [online]. [cit. 07/03/2012]. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr64/en/>.
78. WHO. (2005). *World : Percentage of tobacco use among adults, 2005*. World Health Organization [online]. [cit. 07/02/2012]. Dostupné z: http://gamapserv.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_WHS08_TobaccoAdults_2005.png.
79. WHO. (2008). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009*. Praha: Bomton Agency. [cit. 07/03/2012]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.
80. Young, S. (2011). *Pull menthol cigarettes, FDA advisers urge*. CNN Health: The Chart [online]. [cit. 07/08/2012]. Dostupné z: <http://thechart.blogs.cnn.com/2011/03/18/pull-menthol-cigarettes-fda-advisers-urge/>.
81. Záleský, R. (2007). KBT závislostí. In J. Praško, P. Možný & M. Šlepecký a kol. (Eds.), *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. (pp. 855-885). Praha: Triton.
82. Zernig, G., Wallner, R., Grohs, U., Kriechbaum, N., Kemmler, G., & Saria, A. (2008). A randomized trial of short psychotherapy versus sustained-release bupropion for smoking cessation. *Addiction*, 103(12), 2024-2031. doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02348.x.

83. Žaloudíková, I., Hrubá, D., & Samara, I. (2012). Parental education and family status - association with children's cigarette smoking. *Central European Journal Of Public Health*, 20(1), 38-44.

PŘÍLOHY

SEZNAM PŘÍLOH:

Historie kuřáctví	138
Informovaný souhlas klienta u výzkumného projektu.....	142
Souhlas etické komise VFN	143
Fagerströmův test nikotinové závislosti	144
WISDM-68 originál	145
WISDM-68 překlad	147
Kuřácký assessment	149
Dotazník zpětné vazby	154
Informační leták	156

HISTORIE KUŘÁCTVÍ

Kouření není pro člověka přirozené a ani tak staré jako lidstvo samo (Králíková & Kozák, 1997). „*Tabák je jedním z darů Nového světa světu starému*” (Novák, 1980, s. 9), třebaže dar poněkud danajský. Starý svět skutečně kouření tabáku neznal, byť jeho obětní rituály zahrnovaly aromatizaci kouře ze spalování obětí vonnými bylinami. Nicméně tabák (*Nicotiana tabacum*) pochází z amerického kontinentu, proto byl až do 15. století zbytku světa neznámým. O jeho původu existuje řada mýtů, mezi nimi například tento:

Indiánský kmen Huronů v Severní Americe si uchoval mýtus o původu tabáku. Říká, že kdysi dávno byl velký hladomor a celá země se stala neúrodnou. Po mnoha prosbách poslal Velký Duch nahou dívku, aby uzdravila zemi a zachránila lid. Dotkla se země pravou rukou a v místě doteku vyrostly brambory a země se stala úrodnou. Kde se dotkla levou rukou, tam se země zazelenala a zaplnila obilím. Potom se dívka posadila a od tohoto místa se začal šířit tabák” (Vrtenova, n.d.; Králíková & Kozák, 1997).

Co začalo u domorodých kmenů jako rituální požitek, vyhrazený hrstce příslušníků, bylo převzato a rozšířeno námořníky po objevení Ameriky a již v roce **1493** si Kolumbův pobočník **Rodrigo de Jerez del Ayamote** přivezl při návratu velkou zásobu tabákových listů, a je tak **považován za prvního evropského kuřáka**. Nehledě na slávu námořníků navrátilivších se z dalekých cest bylo kouření zpočátku zejména ve Španělsku a Portugalsku považováno za hříšné počínání a ďábelský návyk, kuřáci dokonce za ďáblem posedlé. I slavný první kuřák Rodrigo byl inkvizičním úřadem obviněn z čarodějnictví. Hrozilo mu upálení a jedině pro Kolumbovu přímluvu u krále byl „pouze” vsazen na 10 let do žaláře.

Avšak velmi záhy se rozkřiklo, že tabák disponuje domnělými léčivými účinky a jeho pěstování a kouření se začalo rozmáhat. Byl prezentován jako „zázračná americká bylina” a šlechtěn nyní i na španělských a portugalských dvorech. Botanické

pojmenování (Nicotiana) rostlina získala po tehdejším francouzském vyslanci v Lisabonu, který se jejím pěstováním osobně zabýval a snažil se společnost přesvědčit o jejích léčivých účincích. Dokonce ji i doporučil francouzské královně Kateřině Medicejské ve snaze získat její podporu pro masovější výrobu. Později se ukázalo, že rostlina nemůže dostát své pověsti a její léčivá síla je přeceňována, a tabák se stal drogou ke kouření a šňupání.

Rozšířil se dále do Anglie za vlády královny Alžběty kolem roku 1565 a v sedmnáctém století byl již znám v celé Evropě. Díky portugalské kolonizaci byl přenesen také do Číny, Indie a Japonska. Jeho obliba v naší zemi vzrostla za vlády Rudolfa II. a v ještě větším rozsahu za třicetileté války, kdy se tabák stal nezbytnou součástí výbavy na frontách. Za Marie Terezie bylo doporučováno k léčení zažívacích potíží tzv. nakuřování, které je zmiňováno jako nebezpečná „babská medicína” ještě v 50. letech 20.století. Tato aplikace tabákového kouře do rekta byla příčinou smrti mnoha po domácku ošetřovaných dětí a kojenců (Novák, 1980).

Kouření již od počátku svého světového rozmachu nebylo pouze jednoznačně přijímáno, ale našli se i jeho odpůrci. Mezi první z nich, jejichž názory pronikly snadno na veřejnost, patřil anglický a skotský král Jakub I., který kuřáky začal stíhat a trestat a vydal dokonce latinsky jeden z prvních veřejných manifestů proti kouření (A Counterblaste to Tobacco). Jeho nástupce Karel však všechny zákazy a přísné tresty (vyhnanství, pokuty, bičování) zrušil a za poplatky do královské pokladnice umožnil prodej tabáku. Zavedl tak vlastně první model profitování státu na tabákových výrobcích.

Také římskokatolická církev kvitovala kouření s nelibostí, zejména pro znečišťování svých svatostánků, kde šli kněží špatným příkladem svým věřícím a ti po jejich vzoru kouřili, šňupali a žvýkali tabák přímo v kostelech. Kolem roku 1640 papež Urban VIII. vydal bulu, v níž hrozí exkomunikaci každému, kdo by neuposlechl zákazu užívat tabák v prostorách chrámů.

Turečtí sultáni do boje proti kouření vyrazili ještě vehementněji a Ahmed a následně jeho syn Murad IV. kuřáky mučili k smrti, popravovali a dokonce osobně

vraždili „pro výstrahu“. Nehledě na původní tvrdý odpor se staly blízkovýchodní země druhou vlastí tabáku a i dnes v nich žije velké procento světových kuřáků (WHO, 2005).

Prostřednictvím obchodních vztahů se do styku s tabákem dostalo kolem roku 1605 Rusko. Již v roce 1634 byl carem Michaiilem Fjodorovičem Romanovem vydán přísný zákaz mu holdovat a tomu, kdo si nevzal ponaučení z mírnějších trestů, byly rozříznuty rty, aby jejich majitel již nikdy nemohl pohodlně kouřit. Podobně kruté tresty se v průběhu dějin objevily leckde (v Rusku je nakonec zrušil náruživý kuřák, car Petr Veliký), avšak žádný panovník ani církevní hodnostář nedosáhl cíle, jímž bylo požívání tabákových výrobků eliminovat.

Vlna kuřáckého nadšení proběhla celým světem, než si mocní uvědomili, že nemohou-li jej vymýtit, začnou na něm tedy vydělávat peníze. Napoleon využil příležitosti a ustavil státní monopol na hospodaření s tabákem. Jeho příklad začali následovat další a vzhledem k příjmům z něj plynoucích není divu, že je dodnes tabák legální, nejrozšířenější a víceméně státy podporovanou drogou.

Objevení cigarety bývá přisuzováno egyptskému dělostřelectvu. „Když roku 1832, během turecko-egyptské války, obléhali město Akkon (Acre), dnešní Izrael, vyzkoušeli balit střelný prach do papírových tubusů, čímž zvýšili průraznost jejich střel. Za tento počin byli odměněni půl kilogramem tabáku. Naneštěstí byla jejich jediná fajfka rozbitá a tak začali balit tabák do papírových tubusů. (...) Popularita cigaret v Evropě dále vzrostla během Krymské války (1853-1856), kdy britští vojáci zjistili, že cigarety jejich tureckých spojenců jsou více praktické než doutníky a fajfky. Dalšímu rozšíření cigaret pomohlo vynalezení balicího stroje na cigarety Jamesem A. Bonsackem v roce 1880. Tento stroj o mnoho snížil jejich ceny, neboť mohl zabalit více než 10 000 cigaret za hodinu. V roce 1919 byly cigarety již více populární než doutníky” (Paipo, 2007a).

Z asi 60 známých odrůd rostliny *Nicotiana*, rozšířené po všech světadílech, se k výrobě kuřiva používá nejvíce tabák viržinský (*Nicotiana tabacum*) a tabák selský

(*Nicotiana rustica*). Ač se od počátku lékaři obávali možných nežádoucích účinků kouření, první klinickou studie o jeho škodlivosti provedl až v roce 1859 francouzský lékař M. Bouisson, který si všiml častého vzniku rakoviny úst u kuřáků dýmek. O téměř sedmdesát let později neworleanští chirurgové A. Ochsner a M. E. de Bakey zjistili, že téměř všichni pacienti s rakovinou byli kuřáky cigaret a lékaři vyslovili domněnku o příčinném vztahu mezi nárůstem případů rakoviny a rozmachem kuřáctví. Ve stejné době lékařský statistik R. Pearls demonstroval data, z nichž jasně plynulo, že kuřáci mají menší naději na delší život než ti, kteří nikdy nekouřili, a zároveň potvrdil hypotézu, že kouření je spojeno i s jinými nemocemi, než je rakovina plic (s níž jej pokusně propojil argentinský vědec A. H. Roffo v roce 1939).

V roce 1964 vydal hlavní lékař USA „Surgeon General’s Report on Smoking and Health” (tzv. Terryho report), prohlášení, které argumentovalo rozsáhlou metaanalýzou všech dosavadních zjištění a závěrů studií v této oblasti s jasným vyzněním - kouření je škodlivý návyk natolik závažný, že je třeba proti němu začít vyvíjet zdravotnické protiakce (U.S. Department of Health, Education, and Welfare, 1964). V té době kouřila polovina Američanů a dokonce i dětské televizní stanice byly sponzorovány tabákovými koncerny. Do tří měsíců od vydání Terryho reportu se spotřeba tabáku snížila o 20%, aby později opět vzrostla a dokonce přesáhla tu dosavadní (Tobacco News and Information, 2004). Podobně formulovala svůj přístup ke kouření Světová zdravotnická organizace WHO a vyzvala členské státy k provedení účinných opatření k omezení kuřáctví (Novák, 1980).

INFORMOVANÝ SOUHLAS KLIENTA U VÝZKUMNÉHO PROJEKTU

Název studie: Koučování jako podpůrná metoda v procesu odvykání kouření

Autorka výzkumu: Andrea Šmejkalová

Jméno klienta:

Datum narození:

Kontaktní telefon:

Klient byl do studie zařazen pod číslem:

Odpovědný lékař: MUDr. Alexandra Kmet'ová, CLZT

1. Já, níže podepsaný (á) souhlasím s mou účastí ve studii. Je mi více než 18 let.

2. Byl (a) jsem podrobně a srozumitelně informován (a) o cíli studie, o jejích postupech, časovém plánu, očekávaných přínosech a o tom, co se ode mě očekává. Na své otázky jsem obdržel (a) jasné odpovědi. Beru na vědomí, že prováděná studie je výzkumnou činností.
3. Budu v projektu s autorkou výzkumu spolupracovat. Byl (a) jsem poučen (a), že pro maximalizaci přínosů je vhodné neukončovat mou účast ve studii před jejím ukončením.
4. Porozuměl (a) jsem tomu, že svou účast ve studii mohu kdykoliv přerušit či od ní odstoupit. Moje účast ve studii je dobrovolná.
5. Při zařazení do studie budou moje osobní data uchována s plnou ochranou důvěrnosti dle platné legislativy ČR na základě zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů.
6. V případě mé registrace v Centru pro léčbu závislosti na tabáku III. interní kliniky VFN souhlasím s nahlížením autorky studie do mé zdravotnické dokumentace vedené v tomto místě. Pro tento případ je zaručena ochrana důvěrnosti mých osobních dat.
7. Při vlastním provádění studie mohou být osobní údaje poskytnuty jiným než výše uvedeným subjektům pouze bez identifikačních údajů, to je anonymní data pod číselným kódem nebo označena pouze iniciály. Rovněž pro výzkumné a vědecké účely mohou být moje osobní údaje poskytnuty pouze bez identifikačních údajů (anonymní data) nebo s mým výslovným souhlasem.
8. S mojí účastí ve studii není spojeno poskytnutí žádné odměny.
9. Porozuměl (a) jsem tomu, že mé jméno se nebude nikdy vyskytovat v referátech o této studii. Já naopak nebudu proti použití výsledků z této studie.

Podpis klienta:

Datum :

Podpis autorky výzkumu:

Datum:

SOUHLAS ETICKÉ KOMISE VFN

Etická komise
Všeobecné fakultní nemocnice v Praze
ETHICS COMMITTEE
of the General University Hospital, Prague
Letterhead of the Ethics Committee (hereafter EC)

Na Bojišti 1
128 08 Praha 2
tel. 224964131
Fax: 224964132
including address

Vážená paní
Andrea Šmekalová
III.Interní klinika VFN a I.LFKU
U Nemocnice 1
128 08 Praha 2

č.j.258/12 S-IV (ind.výzkum)
datum/date 16.2.2012

Zasílací adresa:

Vážená paní Šmekalová,
etická komise VFN projednávala na svém zasedání dne 16.2.2012 Vámi předložený projekt – ind.výzkum
č.j.258/12 S-IV (ind.výzkum).

Název studie – ind.výzkumu:

Koučování jako podpůrná metoda v procesu odvykání kouření.

Lhůta pro podání písemné zprávy o průběhu KH od jeho zahájení/ Time schedule for submission of the
written Annual Report from the CT commencement:

☒ 1x ročně/Once a year ☐ Jiná lhůta/ Other

Úhrada nákladů spojených s posouzením žádosti a vydáním stanoviska /Reimbursement of costs related to
assessment and issue of the EC opinion:

☐ Ano, zdůvodnění /Yes, reasons ☒ Ne, zdůvodnění/ No, reasons: závěrečná práce bakalářského studia

Datum doručení žádosti/Date of submission of the Application Form: 7.2.2012

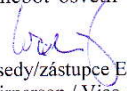
Datum jednání EK + čas/Date and time of Ethics Committee's session: 16.2.2012(15,30-18,35 h)

Seznam předložených dokumentů

Zkrácený formulář EK VFN k neintervenční dotazníkové studii podepsaný hlavním řešitelem, kontakt na řešitele dat.6.2.2012
Popis výzkumného projektu dat.6.2.2012
Informovaný souhlas dat.6.2.2011
Čestné prohlášení a souhlas přednosty kliniky prof.MUDr.Štěpánem Svačinou, DrSc,MBA dat.6.2.2012
Souhlas náměstka pro NZP Mgr.Dity Svobodové dat.6.2.2012
CV Andrey Šmekalové

Stanovisko etické komise VFN:

EK VFN nemá etických námitek proti předloženému projektu a souhlasí s jeho realizací v Referenčním centru pro závislé na tabáku při III.interní klinice I.LF UK a VFN **s podmínkou** nezbytného připojení předloženého letáku "Pomohu Vám přestat kouřit a zvýšit motivaci nezačít znovu" k Informovanému souhlasu pacienta, neboť osvětlí význam slova koučování i navržený postup.


Podpis předsedy/zástupce EK VFN
Signature of Chairperson / Vice-Chairperson

MUDr. Josef ŠEDIVÝ, CSc.
Etická komise
Všeobecné fakultní nemocnice
v Praze

Strana 1 (celkem 2)

Fagerströmův test nikotinové závislosti

Fagerström Test of Nicotine Dependence (FTND)

Králíková, E. (2004). Závislost na tabáku a možnosti léčby. Čes. a slov. psychiatrie, 100, 1, 13-18.

1. Jak brzy po probuzení si zapálíte svou první cigaretu?

- a) Do 5 minut 3 body
- b) Za 6-30 minut 2 body
- c) Za 31-60 minut 1 bod
- d) Po 60 minutách 0 bodů

4. Kolik cigaret denně kouříte?

- a) 0-10 0 bodů
- b) 11-20 1 bod
- c) 21-30 2 body
- d) 31 a více 3 body

2. Je pro vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?

- a) Ano 1 bod
- b) Ne 0 bodů

5. Kouříte častěji během dopoledne?

- a) Ano 1 bod
- b) Ne 0 bodů

3. Kterou cigaretu byste nerad postrádal?

- a) První ráno 1 bod
- b) Kteroukoli jinou 0 bodů

6. Kouříte i když jste nemocen a upoután na lůžko?

- a) Ano 1 bod
- b) Ne 0 bodů

Součet bodů:

0-1 žádná nebo velmi malá závislost

2-4 střední závislost

5-10 silná závislost na nikotinu

WISDM-68 The Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives

57

Appendix B. The Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM-68)

Below are a series of statements about cigarette smoking. Please rate your level of agreement for each using the following scale:

	1	2	3	4	5	6	7
	Not True of Me At All						Extremely True of Me
1. I enjoy the taste of cigarettes most of the time.						1 2 3 4 5 6 7	
2. Smoking keeps me from gaining weight.						1 2 3 4 5 6 7	
3. Smoking makes a good mood better.						1 2 3 4 5 6 7	
4. If I always smoke in a certain place it is hard to be there and not smoke.						1 2 3 4 5 6 7	
5. I often smoke without thinking about it.						1 2 3 4 5 6 7	
6. Cigarettes control me.						1 2 3 4 5 6 7	
7. Smoking a cigarette improves my mood.						1 2 3 4 5 6 7	
8. Smoking makes me feel content.						1 2 3 4 5 6 7	
9. I usually want to smoke right after I wake up.						1 2 3 4 5 6 7	
10. Very few things give me pleasure each day like cigarettes.						1 2 3 4 5 6 7	
11. It's hard to ignore an urge to smoke.						1 2 3 4 5 6 7	
12. The flavor of a cigarette is pleasing.						1 2 3 4 5 6 7	
13. I smoke when I really need to concentrate.						1 2 3 4 5 6 7	
14. I can only go a couple hours between cigarettes.						1 2 3 4 5 6 7	
15. I frequently smoke to keep my mind focussed.						1 2 3 4 5 6 7	
16. I rely upon smoking to control my hunger and eating.						1 2 3 4 5 6 7	
17. My life is full of reminders to smoke.						1 2 3 4 5 6 7	
18. Smoking helps me feel better in seconds.						1 2 3 4 5 6 7	
19. I smoke without deciding to.						1 2 3 4 5 6 7	
20. Cigarettes keep me company, like a close friend.						1 2 3 4 5 6 7	
21. Few things would be able to replace smoking in my life.						1 2 3 4 5 6 7	
22. I'm around smokers much of the time.						1 2 3 4 5 6 7	
23. There are particular sights and smells that trigger strong urges to smoke.						1 2 3 4 5 6 7	
24. Smoking helps me stay focussed.						1 2 3 4 5 6 7	
25. Smoking helps me deal with stress.						1 2 3 4 5 6 7	
26. I frequently light cigarettes without thinking about it.						1 2 3 4 5 6 7	
27. Most of my daily cigarettes taste good.						1 2 3 4 5 6 7	
28. Sometimes I feel like cigarettes rule my life.						1 2 3 4 5 6 7	
29. I frequently crave cigarettes.						1 2 3 4 5 6 7	
30. Most of the people I spend time with are smokers.						1 2 3 4 5 6 7	
31. Weight control is a major reason that I smoke.						1 2 3 4 5 6 7	
32. I usually feel much better after a cigarette.						1 2 3 4 5 6 7	
33. Some of the cigarettes I smoke taste great.						1 2 3 4 5 6 7	
34. I'm really hooked on cigarettes.						1 2 3 4 5 6 7	
35. Smoking is the fastest way to reward myself.						1 2 3 4 5 6 7	
36. Sometimes I feel like cigarettes are my best friends.						1 2 3 4 5 6 7	

37. My urges to smoke keep getting stronger if I don't smoke.	1	2	3	4	5	6	7
38. I would continue smoking, even if it meant I could spend less time on my hobbies and other interests.	1	2	3	4	5	6	7
39. My concentration is improved after smoking a cigarette.	1	2	3	4	5	6	7
40. Seeing someone smoke makes me really want a cigarette.	1	2	3	4	5	6	7
41. I find myself reaching for cigarettes without thinking about it.	1	2	3	4	5	6	7
42. I crave cigarettes at certain times of day.	1	2	3	4	5	6	7
43. I would feel alone without my cigarettes.	1	2	3	4	5	6	7
44. A lot of my friends or family smoke.	1	2	3	4	5	6	7
45. Smoking brings me a lot of pleasure.	1	2	3	4	5	6	7
46. Cigarettes are about the only things that can give me a lift when I need it.	1	2	3	4	5	6	7
47. Other smokers would consider me a heavy smoker.	1	2	3	4	5	6	7
48. I feel a strong bond with my cigarettes.	1	2	3	4	5	6	7
49. It would take a pretty serious medical problem to make me quit smoking.	1	2	3	4	5	6	7
50. When I haven't been able to smoke for a few hours, the craving gets intolerable.	1	2	3	4	5	6	7
51. When I do certain things I know I'm going to smoke.	1	2	3	4	5	6	7
52. Most of my friends and acquaintances smoke.	1	2	3	4	5	6	7
53. I love the feel of inhaling the smoke into my mouth.	1	2	3	4	5	6	7
54. I smoke within the first 30 minutes of awakening in the morning.	1	2	3	4	5	6	7
55. Sometimes I'm not aware that I'm smoking.	1	2	3	4	5	6	7
56. I'm worried that if I quit smoking I'll gain weight.	1	2	3	4	5	6	7
57. Smoking helps me think better.	1	2	3	4	5	6	7
58. Smoking really helps me feel better if I've been feeling down.	1	2	3	4	5	6	7
59. Some things are very hard to do without smoking.	1	2	3	4	5	6	7
60. Smoking makes me feel good.	1	2	3	4	5	6	7
61. Smoking keeps me from overeating.	1	2	3	4	5	6	7
62. <i>My smoking is out of control.</i>	1	2	3	4	5	6	7
63. I consider myself a heavy smoker.	1	2	3	4	5	6	7
64. Even when I feel good, smoking helps me feel better.	1	2	3	4	5	6	7
65. I reach for cigarettes when I feel irritable.	1	2	3	4	5	6	7
66. I enjoy the sensations of a long, slow exhalation of smoke.	1	2	3	4	5	6	7
67. Giving up cigarettes would be like losing a good friend.	1	2	3	4	5	6	7
68. Smoking is the easiest way to give myself a lift.	1	2	3	4	5	6	7

(Piper et al., 2004)

Wisconsinský inventář motivů k závislosti na kouření

(WISDM-68 - překlad: Andrea Šmejkalová)

Jméno: _____ Datum: _____

Níže najdete několik výroků o kouření cigaret. Prosím ohodnoťte, jak s každým z nich souhlasíte, na následující škále.

1	2	3	4	5	6	7
Vůbec nesouhlasím/ Vůbec mě nevystihuje						Naprosto souhlasím/ Naprosto mě vystihuje

1. Cigareta mi většinou chutná.	1	2	3	4	5	6	7
2. Díky cigaretám nepřibývám na váze.	1	2	3	4	5	6	7
3. Kouření umocňuje dobrou náladu.	1	2	3	4	5	6	7
4. Na místě, kde vždy kouřím, je pro mě těžké nekouřit.	1	2	3	4	5	6	7
5. Často kouřím bezmyšlenkovitě, automaticky.	1	2	3	4	5	6	7
6. Cigarety mě ovládají.	1	2	3	4	5	6	7
7. Kouření mi zlepšuje náladu.	1	2	3	4	5	6	7
8. Kouření mě uspokojuje.	1	2	3	4	5	6	7
9. Většinou chci kouřit hned po probuzení.	1	2	3	4	5	6	7
10. Velmi málo věcí mě uspokojuje tak jako cigarety.	1	2	3	4	5	6	7
11. Je těžké ignorovat nutkání kouřit.	1	2	3	4	5	6	7
12. Chuť cigarety je mi příjemná.	1	2	3	4	5	6	7
13. Kouřím, když se opravdu potřebuji soustředit.	1	2	3	4	5	6	7
14. Bez cigaret vydržím jen pár hodin.	1	2	3	4	5	6	7
15. Často kouřím, abych se mohl/a soustředit.	1	2	3	4	5	6	7
16. Spoléhám na kouření, potřebuji-li ovládnout svůj hlad a jezení.	1	2	3	4	5	6	7
17. Můj život je plný věcí, které mi připomínají kouření.	1	2	3	4	5	6	7
18. Kouření mi pomáhá cítit se lépe během okamžiku.	1	2	3	4	5	6	7
19. Kouřím, aniž bych se k tomu rozhodoval.	1	2	3	4	5	6	7
20. Cigarety mi dělají společnost jako blízcí přátelé.	1	2	3	4	5	6	7
21. Jen několik málo věcí by v mém životě mohlo nahradit kouření.	1	2	3	4	5	6	7
22. Většinu času trávím v blízkosti kuřáků.	1	2	3	4	5	6	7
23. Určité pohledy a pachy vyvolávají touhu kouřit.	1	2	3	4	5	6	7
24. Cigarety mi pomáhají v soustředění.	1	2	3	4	5	6	7
25. Kouření mi pomáhá zvládat stres.	1	2	3	4	5	6	7
26. Často si zapálím cigaretu, aniž bych o tom přemýšlel/a.	1	2	3	4	5	6	7
27. Většina mých každodenních cigaret mi chutná.	1	2	3	4	5	6	7
28. Někdy mám pocit, že cigarety řídí můj život.	1	2	3	4	5	6	7

29. Často bažím po cigaretě.	1	2	3	4	5	6	7
30. Většina lidí, s nimiž trávím čas, jsou kuřáci.	1	2	3	4	5	6	7
31. Udržování hmotnosti je hlavní důvod, proč kouřím.	1	2	3	4	5	6	7
32. Většinou se cítím mnohem lépe, jakmile si zakouřím.	1	2	3	4	5	6	7
33. Některé z cigaret, které kouřím, chutnají skvěle.	1	2	3	4	5	6	7
34. Jsem opravdu závislý/á na cigaretách.	1	2	3	4	5	6	7
35. Kouření je nejrychlejší způsob, jak se mohu odměnit.	1	2	3	4	5	6	7
36. Někdy mám pocit, že cigarety jsou mými nejlepšími přáteli.	1	2	3	4	5	6	7
37. Mé bažení se zesiluje, když si nezakouřím.	1	2	3	4	5	6	7
38. Kouřil/a bych dál, i pokud by to znamenalo, že mohu trávit méně času se svými zájmy a koníčky.	1	2	3	4	5	6	7
39. Moje soustředění je po vykouření cigarety lepší.	1	2	3	4	5	6	7
40. Vidět někoho kouřit ve mně vzbuzuje velkou chuť na cigaretu.	1	2	3	4	5	6	7
41. Občas se přistihnu, že sahám po cigaretě, aniž bych o tom přemýšlel/a.	1	2	3	4	5	6	7
42. V určitou denní dobu bažím po cigaretě.	1	2	3	4	5	6	7
43. Bez cigaret bych se cítil/a osamělý/á.	1	2	3	4	5	6	7
44. Hodně mých přátel a/nebo příbuzných kouří.	1	2	3	4	5	6	7
45. Kouření mi přináší velké uspokojení.	1	2	3	4	5	6	7
46. Cigarety jsou tím jediným, co mě povzbudí, když to potřebuji.	1	2	3	4	5	6	7
47. Ostatní mě považují za silného kuřáka.	1	2	3	4	5	6	7
48. Cítím ke svým cigaretám silnou vazbu.	1	2	3	4	5	6	7
49. Jen velký zdravotní problém by mě mohl přimět přestat kouřit.	1	2	3	4	5	6	7
50. Když několik hodin nemohu kouřit, bažení se stává nevladatelným.	1	2	3	4	5	6	7
51. Když dělám určité věci, je mi jasné, že při nich budu kouřit.	1	2	3	4	5	6	7
52. Většina mých přátel a známých kouří.	1	2	3	4	5	6	7
53. Miluju pocit vdechování kouře do úst.	1	2	3	4	5	6	7
54. Kouřím do 30 minut od probuzení.	1	2	3	4	5	6	7
55. Někdy si ani neuvědomím, že kouřím.	1	2	3	4	5	6	7
56. Obávám se, že když přestanu kouřit, přiberu.	1	2	3	4	5	6	7
57. Kouření mi pomáhá lépe přemýšlet.	1	2	3	4	5	6	7
58. Kouření mi opravdu pomůže cítit se lépe, když je mi smutno.	1	2	3	4	5	6	7
59. Některé věci se nedají zvládnout bez kouření.	1	2	3	4	5	6	7
60. Kouření mi dělá dobře.	1	2	3	4	5	6	7
61. Kouření mi brání v přejídání.	1	2	3	4	5	6	7
62. Své kouření nemám pod kontrolou.	1	2	3	4	5	6	7
63. Považuji se za silného kuřáka.	1	2	3	4	5	6	7
64. I když se cítím dobře, když si zakouřím, je mi ještě lépe.	1	2	3	4	5	6	7
65. Sahám po cigaretách, když jsem podrážděný/á.	1	2	3	4	5	6	7
66. Užívám si pocit dlouhého, pomalého vyfukování kouře.	1	2	3	4	5	6	7
67. Vzdát se cigaret by bylo jako ztratit dobrého přítele.	1	2	3	4	5	6	7
68. Kouření je nejsnazší cesta, jak se povzbudit.	1	2	3	4	5	6	7

KUŘÁCKÝ ASSESSMENT

(sestavila Andrea Šmejkalová)

datum vyšetření: _____

- | | |
|-------------------|-----------------|
| • jméno: | • rodinný stav: |
| • datum narození: | • vzdělání: |
| • bydliště: | • povolání: |

A) Informace o zdravotním stavu:

1. V průběhu minulých 12 měsíců byl váš celkový zdravotní stav:

- ☐ Výborný ☐ Docela dobrý ☐ Nepříliš dobrý ☐ Špatný

Komentář: _____

2. V průběhu minulých 12 měsíců byl váš celkový psychický stav:

- ☐ Výborný ☐ Docela dobrý ☐ Nepříliš dobrý ☐ Špatný

Komentář: _____

3. Užíval/a jste v posledních 12 měsících pravidelně léky? ☐ Ano ☐ Ne

- Pokud ano, jaké? _____

4. Trpěl/a jste někdy psychickým onemocněním? ☐ Ano ☐ Ne

- Pokud ano, jakým? _____

5. Vyskytlo se ve vaší rodině psychické onemocnění? ☐ Ano ☐ Ne

- Pokud ano, jaké a u koho? _____

6. Vyskytla se ve vaší rodině závislost? ☐ Ano ☐ Ne

- Pokud ano, jaká a u koho? _____

7. Kromě toho, že kouříte, žijete zdravě? ☐ Ano ☐ Ne

8. Kolik hodin v průměru denně spíte? _____

9. Kolik kusů ovoce a zeleniny denně jíte? _____

10. Kolik litrů tekutin denně pijete? _____

11. Kolikrát týdně se věnujete intenzivní fyzické aktivitě trvající alespoň 20 minut? _____

12. Kolikrát týdně věnujete alespoň 30 minut v kuse chůzi? _____

13. Jaká je vaše hmotnost? _____ kg

14. Jaká je vaše výška? _____ cm

15. Na škále 1-10, kde 1 je nejméně a 10 nejvíce, jak jste spokojen/a se svou postavou? _____

16. Kolik hodin týdně věnujete odpočinku? _____

17. Jakým způsobem odpočíváte? _____

18. Je váš denní režim pravidelný? ☐ Ano ☐ Ne

19. Pijete alkohol? ☐ Ano ☐ Ne

- Pokud ano, jak často? _____
- Jaký a v jakém množství? _____
- Při jakých příležitostech? _____

20. Užíval/a jste další návykové látky? ☐ Ano ☐ Ne

- Pokud ano, jaké? _____
- Užíváte je v současné době? ☐ Ano ☐ Ne

B) Informace o užívání tabáku:

1. V jakém věku jste měl/a svou první cigaretu? _____

2. V jaké situaci? _____

3. Kouříte pravidelně? ☐ Ano ☐ Ne

4. Jak dlouho již pravidelně kouříte? _____

5. Kolik cigaret v průměru denně vykouříte? _____

(☐ >50 ☐ 31-50 ☐ 21-31 ☐ 11-20 ☐ 1-10)

6. Kdy kouříte nejvíce?

- ☐ ráno _____ ☐ dopoledne _____ ☐ odpoledne _____ ☐ večer _____ ☐ v noci _____
- ☐ pracovní dny _____ ☐ víkend _____ ☐ dovolená _____
- ☐ jiné _____

7. V jakém období jste kouřil/a nejvíce? _____

8. Kolik cigaret denně to asi bylo? _____

9. Jaký je váš minimální denní počet cigaret? _____

10. Jak dlouho po probuzení začínáte kouřit? _____

☐ <5min. ☐ <30min. ☐ 31-60min. ☐ >60min.

11. Kouří ve vaší domácnosti další osoby? ☐ Ano ☐ Ne

12. Kouří osoby ve vašem pracovním/studijním okruhu? ☐ Ano ☐ Ne

13. Užíváte tabák i v jiné formě, než jsou průmyslově vyráběné cigarety? ☐ Ano ☐ Ne

- Pokud ano, v jaké? _____ V jakém množství? _____

14. Kouříte i jiné látky než tabák? ☐ Ano ☐ Ne

- Pokud ano, jaké? _____ V jakém množství? _____

15. Kouříte spíše “pro radost/pohodu” nebo ve stresu?

☐ Přibližně stejně ☐ Zejména pro radost ☐ Zejména ve stresu

16. Kouříte v blízkosti dětí? ☐ Ano ☐ Ne

C) Připravenost přestat kouřit:

Mnoho kuřáku pociťuje určitou ambivalenci ohledně rozhodnutí, zda přestat kouřit. Vyznačte prosím na následující škále připravenosti bod, kde se v současnosti nacházíte vy.

JSEM PŘIPRAVEN/A PŘESTAT KOUŘIT:

Nikdy	Jednoho dne..	50/50	Brzy	Teď
-------	---------------	-------	------	-----

D) Motivace:

1. Co pro vás znamená "přestat kouřit"? _____

2. Přemýšlíte vážně o tom, že přestanete kouřit?

☐ Ne ☐ Ano, přestanu během příštího roku ☐ Ano, přestanu během příštích šesti týdnů

☐ Jiné _____

3. Pokud ANO, které tvrzení nejlépe vystihuje váš postoj?

☐ Musím přestat kouřit. ☐ Chci přestat kouřit. ☐ Už nechci být kuřákem.

☐ Jiné _____

4. Na škále od 1 do 10, kde 1 je nejméně a 10 nejvíce, jak moc věříte, že tentokrát přestanete kouřit? _____

5. Jak byste tento stupeň jistoty vyjádřil/a slovy? _____

6. Na škále od 1 do 10, kde 1 je nejméně a 10 nejvíce, jak moc je pro vás důležité přestat kouřit? _____

7. Proč chcete přestat kouřit právě v této době? _____

8. Jak se cítíte, naléhá-li na vás okolí (rodina, přátelé, kolegové), abyste přestali kouřit?

☐ Naštvaný/á ☐ Frustrovaný/á ☐ Pomáhá mi to

☐ Jiné _____

9. V čem spatřujete výhody kouření? _____

10. V čem spatřujete výhody nekouření? _____

11. Jaké budou pro vás důležité přínosy toho, že přestanete kouřit? _____

12. Co vám pomůže přestat kouřit? _____

13. V čem vám bude užitečný odborník, jaký přínos od společné práce očekáváte?

14. Od koho při odvykání kouření očekáváte podporu?

☐ Kamarád/ka ☐ Kolega/kolegyně ☐ Partner/ka ☐ Příbuzný _____

☐ Spoléhám se jen sám/sama na sebe

☐ Jiné _____

E) Minulé pokusy přestat kouřit:

Zkoušel/a jste někdy přestat kouřit? ☐ Ano ☐ Ne

1. Pokud ano, v jaké situaci jste znovu začal/a? _____

2. Kolikrát jste se pokoušel/a přestat kouřit? ☐ 1x ☐ 2x ☐ 3x ☐ 4x ☐ 5x ☐ 6x ☐ vícekrát

3. Jaké bylo nejdelší období, po které jste vydržel/a nekouřit? _____

☐ >1rok ☐ 6-12 měsíců ☐ 3-6měsíců ☐ 1-3měsíce ☐ 1-4 týdny ☐ <1týden

4. Jaké metody jste využil/a při minulých pokusech?

☐ Ze dne na den ☐ Postupné omezování počtu vykouřených cigaret

☐ Bez pomoci ☐ Individuální poradenství ☐ Svépomocná skupina ☐ S další osobou

☐ S pomocí nikotinové substituce: ☐ náplast ☐ žvýkačka ☐ inhalátor

• Pokud jste užíval/a nikotinovou substituci, jak dlouho/kolik kusů? _____

• Jak hodnotíte užitečnost terapie? _____

☐ Bupropion (Zyban, Wellbutrin, Elontril) ☐ Vareniklin (Champix)

• Pokud jste bupropion/vareniklin, jak dlouho/kolik kusů? _____

• Jak hodnotíte užitečnost terapie? _____

☐ Jiné _____

5. Která metoda se vám nejvíce osvědčila? _____

6. Jak těžké je pro vás nekouřit v průběhu celého dne?

☐ Bez problémů ☐ Docela snadné ☐ Docela obtížné ☐ Velmi obtížné ☐ Nemožné

☐ Nevím, nezkoušel/a jsem to

F) Faktory spojené s odvykáním:

1. Jaké faktory ovlivňují vaše rozhodnutí přestat kouřit?

☐ Zdraví ☐ Finanční náklady ☐ Sociální tlak ☐ Rodina

☐ Jiné _____

2. Čeho se nejvíce obáváte ohledně odvykání kouření?

☐ Stres ☐ Ztráta příjemných pocitů ☐ Zvýšení hmotnosti ☐ Bažení po cigaretě

☐ Abstinenční příznaky obecně ☐ Selhání ☐ Deprese

☐ Jiné _____

3. Jaké zdravotní potíže spojené s kouřením vám byly diagnostikovány nebo si myslíte, že je můžete mít?

☐ Chronická bronchitida ☐ Rozedma plic ☐ Kardiovaskulární onemocnění ☐ Hypertenze

☐ Dušnost ☐ Související druhy rakoviny ☐ Nízká hladina "dobrého cholesterolu"

☐ Jiné _____

DOTAZNÍK ZPĚTNÉ VAZBY K PROGRAMU

Koučink jako podpůrná metoda v procesu odvykání kouření

datum: jméno: nekouřím? A / N (..... dní)

1. Kolik peněz jste přibližně během proběhlého programu ušetřil/a za cigarety?
2. Jak byste z vlastní zkušenosti výstižně vysvětlil/a známému, co je koučování?
3. K jakým významným změnám obecně ve vašem životě došlo od zahájení naší spolupráce? (zač. 03/12, např. odchod ze zaměstnání, ukončení studia, rozchod s partnerem, změna životního stylu apod.)
4. Které z těchto změn ve vašem životě mohou souviset s tím, že jste byl/a koučován/a?
5. Do jaké míry se vám podařilo dosáhnout cíle vymezeného v koučovacím kontraktu?
 - Jaký cíl to byl?
6. Které momenty v průběhu koučování si vybavujete jako významné, zlomové?
7. Co vám v sezeních chybělo, co by vám snad lépe vyhovovalo, co mohlo být jinak?
8. Co považujete za největší přínosy proběhlého koučování, co oceňujete, co vám vyhovovalo?
9. Přihlásil/a byste se do programu, i kdyby služba nebyla nabídnuta zdarma? A / N
 - komentář:
10. Co významného si z koučování odnášíte, co snad využijete i v budoucnosti?

Poznámka k číslovaným otázkám 10-18: prosím odpovězte nejprve na škále od 1 do 10, kde 1 znamená “nejméně, vůbec” a 10 znamená “nejvíce, naprosto”, pak připojte komentář.

11. Jak jste byl/a s průběhem koučování spokojen/a? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 - komentář:

12. Jak moc vám vyhovovala osoba kouče? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 • komentář:

13. Jak významný pro vás byl závazek stanovený v koučovacím kontraktu?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 • komentář:

14. Jak významné pro Vás bylo vědomí toho, že kouč zároveň prodělává vlastní úspěšnou

zkušenost s odvykáním kouřením? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

• jaký myslíte, že na vás mělo vliv vědomí, že kouč sám přestal kouřit?

15. Jak důležitá pro Vás byla skutečnost, že je služba nabízena bezplatně?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 • komentář:

• Jaký vliv to mohlo mít na vaši motivovanost v průběhu?

• Čistě teoreticky, kolik byste byl/a ochotný/á v reálných podmínkách za tuto poskytnutou službu zaplatit za 1 sezení?

• Čistě teoreticky, kolik byste byl/a ochotný/á v reálných podmínkách za tuto poskytnutou službu zaplatit za celý absolvovaný program?

• Jaký je váš čistý měsíční příjem?

16. Jak moc vám koučování pomohlo při odvykání kouření? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

• popište prosím, co konkrétně vnímáte jako prospěšné?

17. Které další techniky, metody, prostředky jste zároveň při tomto odvykacím pokusu použil/a? Jak moc vám pomohly?

bupropion - Wellbutrin/Elontril/Zyban 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

vareniklin - Champix..... 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

nikotinové žvýkačky..... 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

nikotinové náplasti..... 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

nikotinový inhalátor..... 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

elektronická cigareta..... 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

paipo..... 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

jiné náhražky..... 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

relaxační techniky..... 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

jiné (jaké:) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18. Podle vašeho názoru - do jaké míry je koučování vhodnou podpůrnou metodou při odvykání kouření? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

• jaké mohou být výhody a nevýhody tohoto způsobu práce při odvykání kouření?

19. Pokud by se teoreticky naskytla taková možnost, uvítal/a byste prodloužení programu

“Koučink jako podpůrná metoda v procesu odvykání kouření”? A / N

20. Pokud by byl design takového programu pouze na vás, jak dlouho by měl trvat?

21. Kolik sezení by měl program optimálně zahrnovat?

22. Jak často by se měla setkání ideálně odehrávat?

23. Jak dlouhá by měla jednotlivá sezení být?

24. Doporučil/a byste Andreu Šmejkalovou jako kouče? A / N • prosím popište, proč:

25. Doporučil/a byste koučink jako užitečnou podpůrnou metodu při odvykání kouření lidem ve vašem okolí? A / N • prosím napište, co vás k rozhodnutí vede:

Děkuji za otevřenou zpětnou vazbu!



Zúčastněte se projektu
**"Koučování jako podpůrná
metoda v procesu odvykání
kouření" :**

- jedinečná možnost vyzkoušet si ZDARMA koučink na vlastní kůži
- podpora a zvýšení motivace
- využijte program k odvykání nebo přípravě na ně

Pro koho je projekt určen:

- kuřáci starší 18 let rozhodnutí v příštích šesti měsících přestat kouřit
- nejen pacienti Centra pro léčbu závislosti na tabáku

**Pro přihlášení a více informací
mě prosím kontaktujte:**

Andrea Šmejkalová

info@expertkouc.cz

+420 775 334 983 expertkouc.cz

Časový plán projektu 2012:

- **leden, únor:** výběr 7-10 klientů
- **konec února :** (společná) informační setkání
- **březen - květen:** 6-10 individuálních sezení dle potřeby každého klienta
- **červen:** ukončení studie, zhodnocení

Projekt je empirickou součástí diplomové práce studentky psychologie FF UK. Odpovědnou lékařkou je MUDr. Alexandra Kmeťová. Všechna osobní data jsou přísně důvěrná a v publikaci budou kódována.



**Registrace
do února
2012
=
koučinkový
program
ZDARMA**



Pomůžte vám
koučink přestat kouřit a zvýšit
motivaci nezačít znovu?



"Pokud věříte, že něco dokážete nebo nedokážete, pak máte většinou pravdu."

(Henry Ford)

Co je to koučování?

- Koučování (koučink, coaching) je **intervence rozhovorem** mezi vyškoleným odborníkem - koučem a klientem.
- Jedním z principů koučování je **probouzení zájmu a zvyšování vnitřní motivace** - složek nutných k dosažení zvoleného cíle.
- Věříme, že pokud je naše motivace vyšší, ke kříženému výsledku nám pak bude stačit menší množství energie a naše cesta k cíli bude efektivnější a pro nás příjemnější.
- Odstraňování nežádoucích automatismů**, které jsme si postupně v sobě vytvořili, vzrůstání kapacity k prožitkům, navýšování tvořivé energie a **posilování pocitu odpovědnosti a kontroly nad svými akcemi** jsou další důležité aspekty koučovacího procesu.

- Koučovací proces celkově vede k poznání vlastních možností, k vytvoření schopnosti nalézat zdroje k lepšímu využívání vlastního potenciálu.
- Klient si v průběhu také osvojuje principy koučinku a je tak po ukončení série sezení připraven k jejich samostatnému využívání ve formě sebekoučování.
- Ač se běžně jedná o nákladnou službu (hodina stojí i několik tisíc Kč), v tomto projektu bude poskytnuta 10 klientům **ZDARMA**.

- Koučování, které vyrůstá z psychologie, je procesem, jehož nezbytnými součástmi jsou schopnost strukturovat myšlenky klienta a vést jej k vytyčenému cíli, umění naslouchat, pokládat ve správnou chvíli trefné a tvořivé otázky, reflektovat to, co klient popisuje, a dávat přínosnou zpětnou vazbu.
- Staví na rovnosti rolí kouče a klienta, kteří spolupracují na vytváření dobře vymezených cílů a strategií k jejich dosahování.**
- Kouč by rozhodně neměl klientovi sdělovat hotová řešení, udělovat mu rady či jeho nápady a podněty hodnotit. Naopak ví, že řešení, které se díky kreativitě, již koučovací proces stimuluje, vynoří z hloubi klientova (pod)vědomí, je to nejvíce energizující, a klient jej tak realizuje úspěšně a s mnohem větší pravděpodobností a trvalejším účinkem než ty možnosti, které si sám nezvolil.